

## MÉMOIRES ORIGINAUX

### I

#### ENROUEMENT DE L'ENFANCE.

Par **J. GAREL**,

Médecin honoraire des hôpitaux de Lyon,  
Directeur de la clinique laryngologique de Saint-Luc.

Tous les laryngologistes sont frappés de la fréquence avec laquelle on leur demande conseil au sujet de jeunes enfants atteints d'enrouement chronique. Il s'agit alors d'enrouement remontant à plusieurs mois ou plusieurs années. Ordinairement, les parents sont assez inquiets, car ils redoutent pour l'avenir des complications du côté de l'appareil pulmonaire. Or il ne faut point s'effrayer de cette raucité spéciale à l'enfance ; on peut dire qu'elle n'offre pas la moindre gravité au point de vue général. Mais, si nous n'avons rien à craindre de ce côté, il n'en est pas de même pour l'appareil vocal. Cette raucité peut devenir chronique au point de ne jamais disparaître. Chez l'homme, elle peut entraver les carrières, qu'il s'agisse du chant, du professorat, du droit, de la carrière militaire, voire même politique. On ne conçoit guère un jeune homme atteint de raucité vocale, abordant l'une de ces carrières dans lesquelles la parole est un des principaux éléments de succès. On ne peut nier qu'une voix rauque et altérée enlève à la femme une grande partie de son charme, sans compter l'inconvénient qui en résulte pour celle qui tenterait l'art du chant ou de la déclamation.

Aussi ces troubles phonatoires, si minimes soient-ils, devront attirer l'attention du médecin dès leur apparition, car, nous

le démontrerons plus loin, c'est dès le début seulement que l'on pourra espérer une guérison complète. Malheureusement, les parents s'inquiètent presque toujours trop tard de ces enrouements ; ils négligent de s'en occuper, escomptant la disparition spontanée de l'affection.

Il est important tout d'abord de délimiter notre sujet. Nous n'avons pas l'intention de nous occuper de toutes les affections du larynx susceptibles de produire l'enrouement chronique chez l'enfant ; il en est dont nous ne parlerons que d'une manière incidente.

Nous passerons sans nous y arrêter sur les vices de conformation du larynx. Nous laisserons de côté également les polypes du larynx, papillomes principalement, tumeurs d'une fréquence relative chez les jeunes sujets et même parfois chez les tout jeunes enfants. Nous en avons observé et traité un certain nombre de cas. Ces lésions n'ont aucun rapport avec l'enrouement que nous désirons étudier ; elles en diffèrent par leur nature, par leur traitement et n'ont de commun que leur chronicité.

Nous laisserons de côté encore les cas de syphilis héréditaire, que l'affection ait débuté quelques semaines après la naissance ou plus tard vers l'âge de 12 ou 15 ans. Nous ne pourrions faire entrer ces cas dans notre étude que lorsque, après guérison, ils laissent sur les cordes des traces indélébiles, cause d'enrouement chronique.

Nous ne voulons pas non plus nous occuper des laryngoplégies laryngées, qui peuvent résulter d'une compression d'un récurrent le plus souvent produite par des ganglions trachéo-bronchiques. Nous en dirons autant de la tuberculose laryngée, affection bien rare d'ailleurs chez l'enfant.

Ces réserves faites, nous ne conserverons, pour les classer, que les formes d'enrouement dépendant d'inflammations chroniques du larynx portant soit sur le revêtement muqueux des cordes, soit sur les parties sous-jacentes, c'est-à-dire sur leur musculature profonde.

Depuis de longues années, nous avons recueilli, au jour le jour, tous les cas d'enrouement chronique que nous avons pu observer non seulement sur les jeunes enfants, mais

encore sur les adultes dont la raucité remontait à l'enfance. Nous avons établi aujourd'hui une statistique de 434 cas, sur lesquels nous allons édifier une étude d'ensemble de cette affection.

De l'examen comparé de ces nombreux cas, il nous sera permis de déduire des conclusions solidement étayées sur la clinique. Nous pourrons voir quelles sont les différentes formes de lésions, les affections causales les plus fréquentes, et enfin, point important, nous verrons qu'il existe une lésion particulière que l'on peut considérer comme la conséquence éloignée assez fréquente de l'affection quand on l'observe à l'âge adulte.

Notre statistique ne porte que sur des enrouements ayant débuté avant l'âge de 20 ans, et nous voyons de suite que les deux tiers des cas se rencontrent chez des enfants de moins de 10 ans. A cela rien d'étonnant, si l'on songe à la fréquence des maladies de l'enfance dans cette période de la vie et si l'on apprend que ces maladies jouent un rôle étiologique manifeste dans la production de la raucité.

Nous avons voulu nous rendre compte si le sexe avait une influence sur la raucité. Or nous avons noté 230 garçons et 204 filles. Ce n'est pas là une différence élevée qui permette d'admettre une influence sexuelle quelconque. Si le chiffre des garçons est un peu plus élevé, cela provient de ce qu'ils sont un peu plus bruyants dans leurs exercices ou récréations et qu'ils ont de la tendance à crier plus fort que les filles. L'abus de la voix influe certainement sur la production et surtout sur la persistance de l'enrouement.

Voyons maintenant ce que nous pouvons déduire de notre statistique au point de vue de l'étiologie. Tout d'abord, nous tenons à déclarer que, dans plus de la moitié des cas, nous n'avons pu retrouver la cause première de l'affection. Les parents ne se souviennent pas des circonstances qui en ont entouré le développement. Toutefois, sur 192 cas, nous avons pu relever des causes assez précises. Nous allons les résumer dans le tableau suivant par ordre de fréquence :

Laryngo-bronchite grippale ou autre.....	49
Rougeole.....	38
Coqueluche.....	23
Abus de la voix.....	23
Laryngite aiguë.....	16
Bronchopneumonie.....	12
Scarlatine.....	12
Angines simples.....	8
Angines diphtériques.....	7
Laryngo-typhus.....	4
	<hr/> 192

Si l'on cherche à interpréter ce tableau, on voit que le plus grand nombre de cas se rattachent à des laryngites survenues à l'occasion de bronchites grippales ou autres. C'est environ le quart des cas. La rougeole vient en seconde ligne. On pouvait s'y attendre, car, de toutes les maladies de l'enfance, elle est celle qui s'accompagne le plus régulièrement de laryngo-bronchite. La coqueluche vient ensuite, mais déjà en forte diminution, car ici la bronchite ou la bronchopneumonie n'interviennent plus qu'à titre de complication et non de symptôme régulier, comme dans la rougeole.

Au même titre, comme fréquence, nous avons noté l'abus de la voix parlée ou chantée. Cela concerne les criailleurs, c'est-à-dire les enfants qui élèvent la voix continuellement et crient à tout propos, ceux qui se *cassent la voix*, comme l'on dit communément. Ce chiffre de 23 cas est celui que nous avons retrouvé dans nos observations; mais nous sommes convaincu qu'il est bien au-dessous de la vérité, car, dans notre statistique, nous avons toujours eu en vue de rechercher surtout les relations de l'enrouement avec les maladies de l'enfance, et nous ne nous sommes pas autant inquiété de l'influence du chant, du malmenage et du surmenage de la voix. Certainement nombre de cas dans lesquels la cause première n'a pas été indiquée doivent relever de ce malmenage vocal sur lequel plusieurs auteurs ont insisté. Moure attache à cela une grande importance. Il fait remarquer que, dans les classes, les voix de mezzo et de soprano sont choisies au petit bonheur. On fait chanter les enfants sur un registre qui n'est pas le leur. L'enrouement survient, aboutit souvent au nodule et dure des années. Castex a beaucoup insisté également

sur les excès de voix chez les enfants. Goodale, Coolidge, puis Paulsen, qui tous ont étudié la laryngite chronique de l'enfance, ont soutenu la même opinion. Nous devons ajouter, en outre, que, si l'habitude de crier peut d'emblée créer l'enrouement, elle exerce aussi une influence des plus néfastes sur l'enrouement préexistant et d'étiologie différente. Nous avons tous vu combien il est difficile d'obtenir que l'enfant atteint d'enrouement chronique cesse de malmener sa voix. On obtiendra bien qu'il ne fasse plus partie d'un chœur de chant ; mais on ne pourra l'astreindre à cesser de crier pendant les récréations à l'école.

Après l'abus de la voix, nous trouvons sur notre tableau la laryngite aiguë catarrhale simple, qui passe à l'état chronique en prenant les diverses formes que nous décrirons plus loin. Mais il faut bien savoir qu'ici, comme chez l'adulte, on peut voir l'état chronique s'établir d'emblée sans passer par la phase aiguë.

La bronchopneumonie vient ensuite dans l'ordre de fréquence ; mais le chiffre en est en réalité bien faible, car il faudrait y ajouter les cas de bronchopneumonie dépendant des affections causales déjà signalées. Les bronchopneumonies citées ici concernent surtout les formes de la première enfance à l'âge de un ou deux ans. Ces formes peuvent engendrer la raucité définitive au même titre que celles de la grippe, de la rougeole ou de la coqueluche.

La scarlatine, elle aussi, peut intervenir comme facteur étiologique. Les lésions peuvent alors être la conséquence d'une complication diphtérique intercurrente. Dans d'autres cas, le larynx est envahi grâce à l'intensité de l'infection ; il se produit des laryngites œdémateuses et même ulcéreuses donnant lieu plus tard à des lésions irrémédiables des cordes vocales.

Si les angines simples ne sont comptées qu'à un taux minime dans notre statistique, c'est que leur relation avec le larynx a le plus souvent échappé à la famille.

L'angine diphtérique ne comporte que 7 cas, dans lesquels elle a produit une altération permanente de la voix ; mais nous devons avouer que nous n'avons pas fait entrer dans

notre cadre les raucités par laryngosténose consécutive au tubage.

La fièvre typhoïde a été mentionnée quatre fois, chiffre bien faible, mais qui s'explique par la rareté même du laryngotyphus.

A ces causes bien définies, il nous serait facile d'en ajouter quelques autres plus ou moins banales, invoquées par les parents. Il s'agit de circonstances dans lesquelles il faut faire la plus grande part à l'imagination.

Nous avons éliminé toutes les aphonies nerveuses, qui, du fait même de l'aphonie absolue, ne rentrent pas dans notre sujet. Nous avons laissé de côté également les troubles phonatoires transitoires de la mue de la voix et ceux assez fréquents de la voix eunuchoïde.

Dans l'étiologie de l'enrouement de l'enfance, il est enfin un facteur qu'il n'est pas permis de négliger, car nous l'avons retrouvé dans 14 cas : c'est la coïncidence en quelque sorte héréditaire d'une raucité familiale. MM. Lermoyez et Boulay, dans le *Traité de pathologie générale*, à propos de la sémiologie des troubles phonatoires chez l'enfant, disent qu'il est des cas où la raucité ne trouve pas d'explication dans une altération anatomique du moins apparente des cordes. L'anomalie est alors héréditaire et congénitale. Une voix rauque et éraillée se retrouve chez plusieurs membres de la famille. Dans les 14 cas observés par nous, nous avons rencontré la raucité soit chez le père ou la mère, soit chez un frère ou une sœur, et parfois sur plusieurs membres de la même famille. Souvent il n'y avait pas de lésion apparente, mais dans quelques cas néanmoins on constatait des lésions anatomiques nettement définies des cordes vocales.

Si l'on jette un coup d'œil sur notre statistique, on verra que nous n'avons fait aucune allusion aux enrouements d'origine nasale. Nous avouons que, pour notre part, en dehors de quelques laryngites sèches liées à la rhinite atrophique ozéneuse, nous croyons moins à l'influence nasale sur ces formes d'enrouements chroniques. Si nous considérons la quantité d'adénoïdiens qui respirent la nuit exclusivement par la bouche, nous devrions rencontrer beaucoup plus souvent la

raucité de l'enfance. Tout ce que nous avons dit plus haut au point de vue étiologique prouve assez que l'influence nasale ne doit pas être souvent invoquée. Ce n'est pas que nous n'ayons souvent noté dans nos observations la coexistence de végétations adénoïdes ; mais ces végétations ne nous semblaient pas jouer un rôle principal.



1



2



3



4



5



6



7



8



9

Nous nous sommes longuement étendu sur l'étude étiologique de la raucité infantile, parce que c'est un des points les plus importants à connaître de cette affection. Nous allons maintenant passer en revue les différentes lésions que nous avons eu l'occasion d'observer, et nous essaierons de les grouper sous plusieurs formes typiques déterminées.

Notre classification ne portera, bien entendu, que sur les cas où nous avons trouvé une lésion appréciable. Nous laisse-

rons donc de côté tous les autres cas dans lesquels l'examen était incomplet ou impossible et ceux dans lesquels on n'observait pas de lésion. Le chiffre des cas à lésions nettement décrites s'élève à 304.

La forme *nodulaire* (fig. 2 et 3), qui consiste en petites saillies, légères ou fortes au tiers antérieur des cordes, est de beaucoup la forme la plus importante ; elle compte à elle seule 98 cas, mais avec cette particularité que, dans 37 cas seulement, l'enfant avait moins de 10 ans. Les 61 autres cas appartenaient donc à la seconde enfance, à celle où l'on surmène son organe vocal, à celle où l'on crie et chante le plus. Or nous savons que la forme nodulaire est l'aboutissant le plus fréquent du malmenage de la voix. Cette forme nodulaire est-elle plus souvent observée chez les garçons que chez les filles ? D'après nos recherches personnelles, à une ou deux unités près, il n'y a point de différence entre les deux sexes.

Coolidge (*Boston med. Journ.*, mai 1907), dans une étude sur les nodules chez les enfants, prétend que le nodule est rare dans l'enfance. Notre statistique va à l'encontre de cette opinion. Nous croyons toutefois, comme cet auteur, que les nodules sont plus fréquents chez les jeunes garçons que chez l'adulte. A l'âge adulte, c'est la femme au contraire qui est le plus souvent frappée. Dans notre travail sur les nodules des chanteurs, publié en 1900 en collaboration avec M. Bernoud, au Congrès international de médecine de Paris, nous enregistrons la femme pour les deux tiers des cas. Moure, de son côté, a démontré que les nodules se rencontrent plutôt chez les ténors légers et les institutrices. C'est une lésion qui survient surtout chez les personnes qui parlent ou chantent en registre grave, tout en étant douées d'un registre élevé.

La lésion la plus fréquente, après le nodule, puisqu'elle comporte 59 cas, c'est la déformation des cordes vocales, que nous désignerons sous le nom de cordes en grain d'orge (fig. 1). Il s'agit d'une sorte de gonflement des cordes. Leur bord interne est bombé, et la muqueuse est plus ou moins teintée en rose ; elle est même parfois franchement rougeâtre. Dans cette déformation, le rapprochement des cordes est difficile, et la voix est fort compromise. Les cordes viennent buter

l'une contre l'autre par la partie convexe de leurs bords, de telle manière que la fente linéaire glottique en phonation est irréalisable. C'est une forme absolument typique. Elle est spéciale à l'enfance et ne se rencontre guère chez l'adulte. Son aspect si caractéristique résulte de l'importance du gonflement de la corde par rapport aux petites dimensions du larynx infantile.

Immédiatement après dans l'ordre de fréquence, nous devons citer la forme de laryngite vulgaire hyperémique, qui ne diffère en rien de la laryngite chronique de l'adulte. Elle consiste en une rougeur plus ou moins vive de la muqueuse, sans que vienne s'y ajouter ordinairement un épaissement important du revêtement muqueux de la corde vocale. Notre statistique en renferme 40 cas.

A côté de cette forme, nous devons mentionner 22 cas de laryngite à cordes grisâtres. Ce sont des laryngites sèches, conséquence de laryngites chroniques ou bien de lésions nasales.

Une autre forme, observée fréquemment, c'est l'atrophie partielle d'une corde vocale. Elle consiste en un amincissement du ruban vocal, une atrophie profonde de quelques faisceaux musculaires consécutive à la laryngite aiguë primordiale. Dans ces cas, la phonation est altérée, car la corde atrophiée reste à bord concave et ne peut rejoindre sa congénère (fig. 4). Notre statistique en comporte 25 cas. Cette atrophie porte parfois sur les deux cordes et donne lieu en phonation à la formation d'une glotte elliptique. Dans trois cas seulement, nous avons trouvé des lésions parétiques donnant lieu à la glotte en sablier (fig. 5) par lésion du thyro-aryténoïdien interne et de l'ary-aryténoïdien.

A noter aussi quelques rares cas de déformation du larynx, analogue par exemple à celle de la figure 6. Ce sont des lésions cicatricielles déformantes consécutives à la diphtérie, au laryngo-typhus, à l'hérédosyphilis.

Le processus pachydermique est rare chez l'enfant; nous n'en avons observé que deux cas. Deux fois aussi nous avons rencontré une petite synéchie de la commissure antérieure des cordes donnant lieu à des troubles vocaux.

Mais il est une forme peu connue sur laquelle nous ne nous sommes pas encore appesanti et que nous avons étudiée et recherchée plus spécialement depuis plusieurs années : c'est la forme que nous décrirons sous le nom de *laryngite à sillons atrophiques*. Nous en avons observé 38 cas, soit unilatéraux, soit bilatéraux. La lésion consiste en une dépression longitudinale, une sorte de duplicature que l'on trouve parallèlement au bord libre de la corde vocale. Cette dépression par affaissement de la muqueuse est la conséquence d'une atrophie partielle de faisceaux musculaires des cordes ; c'est l'étape ultime de la laryngite de l'enfance ; c'est la forme que l'on rencontre surtout chez les adultes atteints de raucité depuis le bas âge. La grande majorité des cas de notre statistique relatifs à cette forme portent sur des sujets examinés vers l'âge de 20 ou 30 ans.

Nous avons cherché à représenter cette lésion ; mais une figure ne peut donner qu'une idée très insuffisante de cette altération, car elle conserve toujours un cachet plutôt schématique. La figure 7 a pour but de montrer de quelle manière les sillons se présentent le long et près du bord de la corde. Parfois les sillons ne sont pas égaux des deux côtés : l'un d'eux est moins long que l'autre, comme on peut s'en rendre compte sur la figure 9. Enfin, sur la figure 8, on voit que, pendant la phonation, les cordes avec leur sillon atrophique ne peuvent arriver au contact ; elles laissent entre elles un espace elliptique ou fermeture incomplète entraînant la raucité. Le sillon que nous venons de décrire est, à n'en pas douter, la conséquence de la dépression du revêtement muqueux sur une corde dont les faisceaux musculaires sont partiellement atrophiés depuis longtemps.

Nous avons eu deux fois l'occasion de suivre l'apparition du sillon atrophique sur de jeunes sujets : une première fois sur une jeune fille examinée à l'âge de 7 ans et demi, pour une laryngite avec simple rougeur des cordes, causée un an auparavant par une rougeole. Cette enfant, revue à 13 ans et demi avait un sillon sur le bord des deux cordes. Dans une seconde circonstance, nous avons examiné une fillette de 12 ans enrhouée depuis l'âge de 5 ans. Les deux cordes présen-

taient déjà un soupçon de sillon atrophique. Nous revîmes cette malade à l'âge de 16 ans; elle avait un des plus beaux spécimens de sillon atrophique qu'il nous ait été donné d'observer jusqu'ici. Mais, nous le répétons, c'est sur l'adulte enroué depuis la première enfance que l'on trouve le plus souvent ces dépressions de la muqueuse, en sillons formant en quelque sorte un dédoublement des cordes.

Que pouvons-nous conclure, au point de vue du pronostic de cette affection? Nous sommes obligé de reconnaître que l'enrouement de l'enfance est d'une ténacité désespérante quand il est abandonné à lui-même ou traité tardivement. Le pronostic dépend beaucoup de la forme laryngée productrice de l'enrouement. Dans tous les cas où nous constaterons une lésion atrophique unilatérale ou bilatérale, nous ne pouvons espérer aucune guérison. Il en est de même dans les cas de déformation des cordes consécutive à des lésions syphilitiques, typhoïdes ou diphtériques. On peut en dire autant de la forme à sillons, dont la constatation d'ailleurs, surtout chez l'adulte, prouve surabondamment l'incurabilité et l'inutilité de toute tentative thérapeutique.

Les formes catarrhales avec cordes plus ou moins rougeâtres, les laryngites en grain d'orge, les laryngites nodulaires sont les seules formes curables. Nous ne pouvons citer de chiffres à l'appui, car, nous le savons, beaucoup de malades ne viennent nous voir qu'une seule fois. Ils suivent ou ne suivent pas le traitement prescrit. Ils guérissent ou ne guérissent pas. Mais ce sont autant de renseignements qui nous échappent.

Parmi ceux que l'on revoit dans la suite, on peut se faire une idée plus exacte des formes ayant quelque tendance à guérir. En parcourant notre statistique, nous pouvons dire que les formes nodulaires et à grains d'orge ont une tendance égale à céder sous l'influence d'un traitement approprié. Mais ce qui ressort le plus évidemment de l'examen comparé de nos diverses observations, c'est que ce sont les formes qu'on traite dès le début, c'est-à-dire dans le cours de la première année, qui donnent le plus grand nombre de succès. Les laryngites datant de trois à six mois sont les plus susceptibles

de disparaître complètement. Ce n'est pas à dire que l'on ne puisse obtenir des résultats pour des enrouements plus anciens. Nous avons vu des laryngites en grain d'orge ne guérir qu'au bout de quatre, cinq ou six ans. Le plus ordinairement, ces laryngites anciennes ne sont qu'améliorées, et encore un petit nombre.

Nous ne parlons pas, bien entendu, des formes nodulaires opérables. Elles le sont parfois chez les enfants. Nous en avons opéré plusieurs cas, mais en choisissant des enfants très dociles et relativement âgés.

Après une guérison en apparence complète, il ne faut pas toujours chanter victoire; il peut survenir plus tard une récurrence d'enrouement qui persiste toute la vie. Ainsi nous avons vu un cas qui sembla guérir complètement la première année et qui récidiva six ans plus tard avec sillons atrophiques. Par contre, un autre cas datant de six ans guérit par une seule saison aux eaux de Challes.

D'un autre côté, parmi les nombreux malades que l'on ne revoit plus, ne peut-on pas admettre que quelques-uns guérissent plus tard. Peut-être la mue de la voix joue-t-elle un rôle salutaire.

Nous avons dit que l'enrouement de l'enfance devait être traité dès le début. Aussi doit-on s'inquiéter aussitôt que l'on voit survenir une laryngite dans le cours d'une maladie de l'enfance : bronchite, rougeole, coqueluche, etc. On doit combattre la complication par tous les moyens hygiéniques et thérapeutiques usités en pareil cas.

Quant aux formes résultant d'abus du chant et d'excès vocaux, des mesures prophylactiques s'imposent. Les professeurs éviteront d'imposer aux enfants des chants plus ou moins désordonnés. Ils ne classeront point les voix des enfants au petit bonheur pour en faire des voix de soprano ou de contralto. Ils surveilleront plus spécialement, pendant les récréations, les enfants menacés de troubles vocaux et les empêcheront de pousser des cris violents. Le chant sera interdit dès l'apparition du moindre symptôme et pendant toute la durée de l'enrouement.

Abordons maintenant la question du traitement. Toutes

les fois qu'il sera possible, le traitement sera institué dès les premiers mois de l'apparition de la maladie.

Pour notre part, nous procédons de la façon suivante : nous prescrivons de l'eau sulfureuse en boisson le matin, eau additionnée d'un peu de lait bouillant. La dose variera suivant l'âge des enfants, d'un verre à bordeaux à un demi-verre. Nous conseillons également des pulvérisations sulfureuses pendant dix minutes chaque jour. Nous administrons aussi à l'intérieur quelques préparations balsamiques. Ce traitement est suivi pendant trois semaines, puis il est suspendu pendant un mois et repris à nouveau.

Ce mode de traitement donne parfois de bons résultats ; mais nous avouons que le plus souvent il n'est qu'un traitement d'attente jusqu'à la période favorable où le malade pourra être dirigé sur une station sulfureuse. Les stations sulfurées sodiques nous semblent être celles qui ont donné les meilleurs résultats : Cauterets, Challes, Luchon, Marlioz, etc. Les eaux sulfurées calciques telles qu'Allevard peuvent également rendre des services. Dans les cas anciens et rebelles, plusieurs années de traitement sont nécessaires. Si au bout de deux saisons dans la même station, on n'obtient pas de résultat, il sera bon de diriger l'enfant sur une autre station. En règle générale, on indiquera alors de préférence une station sulfureuse thermale, si les premières tentatives ont été faites dans une station sulfureuse à température basse ou peu élevée.

Malheureusement, il n'est pas toujours possible de faire accepter un traitement dans une station minérale, ce traitement étant toujours plus onéreux. On se contentera alors d'insister plus rigoureusement sur le traitement sulfureux à domicile, comme il a été indiqué plus haut.

---

## FORMES CLINIQUES DU SYNDROME DE MÉNIÈRE.

Par M. **LANNOIS** et **F. CHAVANNE** (de Lyon) (*Suite et fin*). (1)

Aussi observe-t-on parfois le phénomène paradoxal d'un soulagement, d'une détente, après la crise, comme chez les deux malades suivants :

OBSERVATION II. — *M<sup>me</sup> G...*, 32 ans, est atteinte depuis l'âge de 25 ans d'une surdité qui est devenue rapidement totale et qui se rattache à l'otosclérose. Depuis la même époque, elle a des bourdonnements intenses et des vertiges. Ceux-ci sont de deux ordres : elle est dans un état de déséquilibre presque constant et regarde fixement devant elle pour pouvoir marcher dans la rue. Les accès de grand vertige sont fréquents, le repas en est la cause la plus habituelle : l'action de mâcher un peu vivement a, chez elle, une influence manifeste. Le vertige est d'ailleurs assez court, ne dure que quelques minutes, mais se termine presque toujours par des vomissements alimentaires, puis bilieux ; elle se couche quelques heures et peut ensuite se lever et reprendre sa vie.

Le point intéressant est qu'après un grand vertige elle se sent dégagée, a la tête plus libre, peut marcher avec plus de sûreté et dit qu'elle entend mieux. Nous avons pu vérifier le fait ; à une première visite, elle ne percevait aucun son, même avec un gros cornet elle n'entendait qu'un bruit confus, sans rien distinguer, de telle sorte qu'on devait correspondre avec elle par l'écriture. Elle ne paraissait pas non plus percevoir les diapasons, mais seulement leurs vibrations tactiles. Or, dans une autre visite, au lendemain d'un vertige un peu fort, elle répondait correctement à tout ce qu'on lui disait dans le même cornet et percevait les diapasons élevés près de l'oreille droite et sur l'apophyse mastoïde droite.

OBSERVATION III. — *M. M. L...*, 35 ans, présente du vertige à forme paroxystique, avec intégrité complète dans l'intervalle.

(1) Voir le numéro de mai.

La première crise le prit chez son coiffeur, au moment où il relevait la tête un peu congestionnée; il ne tomba pas, mais dut regagner sa demeure en marchant comme un automate. Le plus souvent, l'intensité du vertige est plus grande. Il est « comme fauché », dit-il; il lui semble recevoir un violent coup de bâton sur l'occiput, il perçoit un bruit intense dans les oreilles et tombe comme un apopleptique, toutefois sans perdre connaissance; la chute se fait indifféremment en avant, en arrière ou sur le côté droit, et il se blesse parfois en tombant. Au début, il avait surtout des sensations objectives, le plafond oscillait en faisant des angles aigus; actuellement, elles sont plutôt subjectives: il croit tomber dans un précipice. Il se relève vite, mais il se met à vomir. La crise dure de une demi-heure à quatre ou cinq heures; puis tout disparaît.

Il est très explicite sur ce point, qu'il indique spontanément: le vertige est précédé d'une période assez longue pendant laquelle il n'est pas bien; il lui semble qu'il a un voile qui l'enveloppe, « qu'un brouillard lui pénètre dans la tête » et le rend sourd; cela dure de huit à quinze jours. Immédiatement après la crise, soulagement brusque, « comme si un pôle de pile s'était brusquement déchargé de l'électricité accumulée », et les oreilles entendent mieux.

Ce n'est d'ailleurs qu'un phénomène passager, car, au total, la surdité a progressé. Lors de sa première visite, en 1903, il entendait bien de l'oreille droite, à 60 centimètres pour la montre, et ne la percevait à gauche qu'à 40 centimètres. Actuellement, les deux oreilles n'entendent la même montre qu'à 40 centimètres. Le Weber est gauche. Il s'agit d'otosclérose.

D'autres fois, c'est au milieu de la plus parfaite santé que brusquement se déclare l'accident. « Sans cause appréciable, dit Gellé (1) dans une magistrale description, à table souvent, un individu entend soudain un sifflement formidable dans son oreille, puis il se sent pris de vertige, de tournoiements tels qu'il n'ose quitter le mur auquel il s'appuie, l'objet auquel il s'est cramponné. Tout tourne et lui-même se sent entraîné, dès qu'il veut bouger, tantôt à droite, tantôt à gauche, en avant ou en arrière, avec une vitesse vertigineuse. Ses jambes se dérobent sous lui, le sol s'enfonce sous ses pieds, une sueur froide inonde son visage: cet état vertigineux doulou-

(1) GELLÉ, *Précis des maladies de l'oreille*, p. 557.

reux amène la chute à terre. Quelquefois le mal subit débute par une chute sur le sol : le sujet se sent emporté, lancé, sans pouvoir s'arrêter, il tombe ; il se relève et reste ainsi terrifié, en proie à une véritable anarchie d'équilibration qui s'accroît dès qu'il veut avancer.»

Souvent c'est une sensation de rotation extrême qu'il éprouve. En même temps, s'installent, ordinairement d'un seul côté, des bourdonnements, des sifflements d'oreille d'une intensité insupportable. Le malade a des nausées, il est rare qu'il ne vomisse pas abondamment ; on constate parfois la diarrhée. Une impression d'angoisse, des sueurs, de la pâleur, des troubles de la vue complètent la scène ; Bing a même observé la perte momentanée de la parole. A titre de rareté, enfin, on peut citer la paralysie d'un nerf cérébral, une paralysie faciale notamment (Frankl-Hochwart). Dans ce cas, il nous paraît qu'il s'agit le plus souvent de tumeurs du nerf auditif ou d'atteinte simultanée du facial et de l'acoustique d'origine syphilitique, comme dans un cas que l'un de nous a publié.

OBSERVATION IV. — LANNOIS, Paralysie simultanée du facial et de l'acoustique d'origine syphilitique (*Ann. des mal. de l'oreille*, sept. 1906, p. 209).

M. X..., 24 ans. Syphilis en novembre 1893. En mars suivant, en pleine période secondaire, le malade fut pris, au cours d'une promenade, de vertiges brusques, de bourdonnements intenses et de vomissements. Il tomba et ne put se relever qu'au bout d'un temps assez long, sans avoir d'ailleurs perdu connaissance à aucun moment. Il était tellement titubant qu'il lui fallut environ cinq heures pour faire les 4 kilomètres qui le séparaient de chez lui. Il avait pu cependant revenir seul. Il se mit au lit et, le lendemain matin au réveil, il constata qu'il avait une paralysie faciale gauche totale avec surdité complète du même côté et persistance de bourdonnements. Quinze jours environ après le début de l'accident, on ne constatait pas de lésion tympanale ; la perte de l'audition était complète à gauche, le Weber était latéralisé à droite avec audition normale de ce côté. Paralysie faciale gauche complète avec intégrité du voile du palais. Pas de paralysie oculaire, pas de nystagmus. Sous l'influence du traitement spécifique, la paralysie faciale guérit en trois mois. La surdité resta complète.

Il subsista un peu d'incertitude de la marche et des bruits subjectifs, sous forme de sifflements légers, avec de la céphalée.

La *durée* de l'accès est assez variable : de quelques minutes à plusieurs jours. Pendant les premiers moments, l'attention du sujet est tout entière absorbée par le vertige et les bourdonnements, et certaines fois c'est seulement après la crise qu'il s'aperçoit de sa surdité. Celle-ci est souvent complète ou du moins très marquée ; peu accentuée au début dans d'autres observations, elle augmente ensuite en quelques heures ou quelques jours au point de devenir absolue ; plus rarement, il s'agit simplement d'hypoacousie. La surdité était unilatérale dans 15 cas de la statistique de Frankl-Hochwart et siégeait 8 fois à gauche, 7 fois à droite ; elle était bilatérale chez les  $\frac{3}{5}$  des patients ; chez les  $\frac{3}{4}$  de ces derniers, les deux oreilles avaient été prises simultanément ; elles l'avaient été l'une après l'autre chez 6 d'entre eux, en particulier dans la leucémie.

Pendant toute cette tempête symptomatique, le malade garde généralement *conscience* de ce qui se passe autour de lui. Charcot (1) faisait même de cette conservation de la conscience dans le syndrome de Ménière une loi absolue, à laquelle il n'admettait aucune exception. Nombre d'auteurs à sa suite partagent la même opinion. « Le vertige de Ménière, dit Gilles de La Tourette (2), peut s'accompagner d'une certaine obnubilation du moi, bien compréhensible chez un individu qui voit tout tourner autour de lui, qui exécute subjectivement les culbutes les plus invraisemblables, en proie au terrible vertige qui le sidère pour ainsi dire ; mais le patient est toutefois conscient de lui-même pendant toute sa durée. Dans un cas pourtant la perte de connaissance peut se montrer, c'est lorsque le sujet est violemment précipité sur le sol et que sa tête vient brusquement frapper la terre. On conçoit d'ailleurs qu'un choc assez violent pour briser les os propres du nez, fracturer les dents, soit suffisant, à l'instar de tous les traumatismes crâniens,

(1) CHARCOT, Perte de connaissance dans le vertige (*Leçons du mardi*, 1887-1888).

(2) GILLES DE LA TOURETTE, Le vertige de Ménière et son traitement (*Sem. méd.*, 1897, p. 301).

pour occasionner la perte de connaissance. Le malade se relève alors tout ensanglanté et tout étourdi, ou reste étendu sur le sol, mais la perte de connaissance n'en reste pas moins, à mon avis, d'origine purement traumatique.»

En voici un exemple :

OBSERVATION V. — *M. Ov. S...*, âgé de 40 ans, est atteint de vertige typique depuis sept ans, sans cause bien déterminée; il a un frère, également atteint de surdité à gauche avec vertiges, et une cousine dans les mêmes conditions. Il a des bourdonnements très violents (bruit de rivière) et une surdité progressive; montre à 2 centimètres à droite, au contact à gauche, avec très mauvaise conduction osseuse, les diapasons n'étant perçus que sur les dents. Weber G. Rinne + à D, — à G. Les deux tympans sont épaissis : rhinopharyngite.

Les vertiges sont rares, deux fois par an en moyenne. Le 26 avril 1893, il fut brusquement renversé en arrière, et un peu à gauche, comme d'habitude. Sa tête heurta violemment le sol, et il eut une perte de connaissance qui dura cinq à six minutes : hémorragie par l'oreille gauche et le pharynx, vomissements et vertiges intenses se reproduisant au moindre mouvement pendant deux jours. A ce moment, paralysie faciale périphérique gauche encore apparente au moment de l'examen, deux mois après l'accident. Le vertige et le déséquilibre consécutif le maintinrent cette fois un mois et demi au lit, alors que d'habitude il était débarrassé au bout de deux ou trois jours de toute sensation vertigineuse.

Ce malade a été revu récemment après quinze ans d'intervalle. Il est à peu près totalement sourd; mais, après le dernier vertige ci-dessus, il n'en a plus eu que deux accès peu marqués et depuis en a été complètement indemne. Il dit seulement que, s'il entre dans un appartement obscur, il a une légère sensation de tournoiement très passager.

Mais l'opinion de Charcot et de ses élèves est manifestement erronée, et la plupart des otologistes admettent aujourd'hui, avec l'école allemande, la possibilité de la perte de connaissance en dehors de toute influence traumatique ou épileptique, du fait seul du vertige. Mentionnée huit fois dans la statistique de Frankl-Hochwart, elle est généralement assez courte, durant quelques secondes ou quelques minutes; plus rarement elle

persiste plusieurs heures. Elle imprime naturellement au syndrome une allure encore plus dramatique et peut donner lieu à de réelles difficultés de diagnostic. Cette variété clinique constitue vraiment la *forme apoplectique* du syndrome de Ménière.

Voici les observations réunies par Frankl-Hochwart :

MÉNIÈRE. — Homme de 40 ans bien portant. Un jour, en s'asseyant sur un fauteuil, il tomba tout à coup à la renverse et perdit connaissance; on le releva, mais à chaque tentative pour le remettre debout ses jambes fléchissaient immédiatement. Son visage était pâle, baigné de sueurs. La perte de connaissance s'accompagna d'un vomissement. Au retour de la conscience, le malade eut un violent vertige avec des vomissements et d'épouvantables bourdonnements. La dureté d'oreilles, modérée au début, fit place peu à peu à une surdité intense.

Une deuxième observation concerne un homme qui, donnant un jour un ordre, debout, les bras étendus, tomba tout à coup à la renverse et resta étendu immobile, sans connaissance. Le visage était pâle, un vomissement suivit. La conscience revint graduellement, et le malade eut depuis lors de violents vertiges avec vomissements et dureté de l'ouïe.

Dans un troisième cas, il y eut également perte de connaissance.

Knapp rapporte également un fait analogue.

PINELES et ALT. — Homme de 64 ans, bien portant jusqu'à l'hiver 1892; depuis lors, céphalée et lassitude. En juin 1893, brusquement, au cours de violents bourdonnements, vertige et perte de connaissance; puis, hypoacousie qui dégénéra bientôt en surdité complète. En juillet, nouveau vertige et apparition de douleurs à l'épaule droite. L'examen permit de reconnaître une leucémie typique.

GRADENIGO. — Homme de 26 ans. Cinq mois après avoir contracté la syphilis (soignée par le mercure), ce malade eut tout à coup un vertige avec perte de connaissance. Le vertige dura douze heures et fut suivi de surdité et de bruits musicaux à gauche; cet état s'accompagnait de vomissements.

Plus tard, douleurs de l'oreille gauche et dureté de l'oreille droite; névrite optique à droite.

SCHWARTZE. — Une homme, bien portant jusque-là, fut pris de frissons, de céphalée et de vomissements; il perdit connaissance. Après être resté quinze heures dans cet état, il devint complètement sourd au milieu de manifestations vertigineuses.

FRANKL-HOCHWART. — Homme de 56 ans. Bien portant jusqu'alors; il se retrouva une nuit sur le plancher de sa chambre, tiré de sa torpeur par les cris du voisinage; il était là sans connaissance depuis un quart d'heure à une demi-heure. Il éprouva alors un violent bourdonnement dans l'oreille gauche, du vertige, de la compression céphalique, de l'obscurcissement visuel. Deux jours après, le médecin constatait la surdité de l'oreille gauche.

Voici un exemple de ce grand vertige avec perte de connaissance dans lequel la soudaineté de l'attaque rendait assez difficile le diagnostic avec l'épilepsie. La cause en resta d'ailleurs inconnue.

OBSERVATION VI. — Le nommé P..., 51 ans, ouvrier dans une fabrique d'instruments de chirurgie, s'est toujours très bien porté, est très nerveux, mais nie l'alcoolisme et la syphilis. Son affection a débuté brusquement il y a deux ans; il n'avait jamais rien eu aux oreilles. Il sentit tout à coup un sifflement intense dans son oreille droite et tomba brusquement à côté de son établi; relevé par ses camarades, il ne resta pas plus d'une ou deux minutes sans connaissance; mais, dès qu'il revint à lui, il se laissa glisser à terre parce que tout tournait autour de lui, et il vomit abondamment. Il dut rester trois jours au lit à cause de ces vomissements: le vertige avait disparu, mais l'oreille continuait à avoir un ronflement continu, et elle était devenue sourde; il percevait cependant encore la montre au contact fort. Trois mois et sept mois après, il eut encore deux crises analogues, mais sans perte de connaissance et de durée beaucoup plus courte; il y a cinq mois, il en eut une quatrième en se levant, celle-ci avec perte de connaissance comme la première. Il tomba comme une masse, ne fit pas de mouvements désordonnés, vomit et resta un peu effrayé pendant deux jours. Enfin, il y a trois jours, en se rendant à son travail, il tomba de même sur le quai: l'ictus ne

fut pas absolument soudain, car il essaya de se cramponner à un arbre, mais inutilement. La perte de connaissance paraît avoir duré plusieurs minutes : il eut comme les autres fois du bourdonnement, du vertige et des vomissements. C'est à ce moment qu'il vient se montrer à la consultation, car il s'effraie de la répétition de ces crises.

L'examen au point de vue nerveux est complètement négatif, il n'a pas de Romberg, pas de nystagmus, les réflexes sont forts. Il se plaint toujours d'un bourdonnement d'ailleurs peu intense, et l'oreille droite est totalement sourde. Le tympan est d'aspect normal, et la surdité paraît certainement nerveuse : on lui prescrivit KBr. Il fut suivi plusieurs mois sans présenter de nouvelles crises et a été perdu de vue.

La perte de connaissance n'est pas toujours aussi nettement décrite : le plus souvent le malade dit qu'il a été obnubilé un instant, qu'il a vu trouble... Voici un exemple de ces cas légers dont il serait facile de citer un assez grand nombre.

OBSERVATION VII. — Le nommé J. V..., 41 ans, cultivateur, a des bourdonnements irréguliers depuis deux ans, sans surdité. Il y a trois mois, il a commencé à avoir du vertige léger. Il y a trois semaines, après son déjeuner, il eut un vertige brusque qui le jeta par terre la tête en arrière : il se releva aussitôt sans que personne se fût aperçu de sa chute et alla s'asseoir sur un escalier. Quelques minutes après, il fut brusquement précipité du haut de plusieurs marches, la face en avant. Il croit bien avoir eu une obnubilation complète de courte durée et ne se reconnut qu'après avoir été relevé, ce qu'on fit d'ailleurs de suite. Il avait des bourdonnements très intenses et des nausées, mais il ne vomit pas ; on le coucha, mais il se releva au bout d'une heure. Depuis l'état de déséquilibre s'est peu accusé.

B. SYNDROME APOPLECTIFORME DE MÉNIÈRE D'ORIGINE TRAUMATIQUE.  
— L'inondation labyrinthique, réalisant la forme apoplectiforme du syndrome de Ménière, peut être sous la dépendance d'un traumatisme direct ou indirect de l'oreille et se traduire de façon analogue.

Les traumatismes directs sont naturellement les plus rares ; on les observera dans un accident, une tentative de suicide,

à la suite d'une fracture du crâne, après une opération sur la région.

Les traumatismes indirects sont bien plus variés. On peut, avec Passow (1), en distinguer cinq groupes : 1° violences portant sur le crâne (coups, chutes sur la tête, etc.) ; 2° ébranlement du corps (chutes sur la colonne, les genoux, les pieds) ; 3° variations exagérées de la pression de l'air du conduit auditif externe (massage trop violent, travaux dans les caissons, alternatives fréquentes du bruit produit par l'éclatement de balles, pétards, projectiles, etc.) ; 4° action isolée de bruits intenses (sifflets de locomotive, armes à feu, pièces de feu d'artifice, explosion de gaz, de dynamite, coups de tonnerre, décharges téléphoniques, etc.) ; 5° action des bruits continus et répétés (forgerons, artilleurs, mécaniciens, ouvriers travaillant le bronze, l'acier, séjournant dans les tunnels, téléphonistes, musiciens, etc.).

Toutes ces causes auront naturellement plus de force si le sujet est prédisposé à subir leur atteinte par des altérations antérieures de l'oreille, ayant fait de celle-ci un point faible. Aussi sera-t-il fort difficile, en pareil cas, de décider s'il s'agit véritablement de syndrome apoplectiforme, d'apprécier ce qui revient à la lésion préexistante et de rendre à l'hystérie, à la simulation ou simplement à ce que Brissaud a appelé la sinistrose ce qui leur appartient en propre.

Quoi qu'il en soit, le traumatisme peut incontestablement, lorsqu'il est assez violent, déterminer à lui seul la production du syndrome apoplectiforme. Il ne sera évidemment pas question ici de la variété apoplectique, car la perte de connaissance, si elle a lieu, est suffisamment expliquée par la réaction due au traumatisme lui-même. Le plus souvent, d'ailleurs, c'est à l'une des formes paroxystique ou chronique que l'on aura affaire.

Voici quelques observations :

OBSERVATION VIII. — *Françoise S...*, 32 ans, a été précipitée dans un ravin dans un accident de voiture, le 24 juin 1906. Elle fut relevée dans un état de coma absolu, avec écoulement de sang

(1) Passow, *Die Verletzungen des Gehörorganes*, Wiesbaden, 1905.

par l'oreille droite : à chaque instant, elle fait des efforts pour vomir et rend un peu d'aliments mêlés de sang. Vers minuit (six heures après l'accident), les vomissements s'arrêtent, la sensibilité et les réflexes reparaissent, mais le coma persiste. Le lendemain, la malade répète constamment le même mot, puis peu à peu la connaissance revient. Le Dr Noty, qui nous a communiqué ces renseignements, s'aperçoit alors qu'elle est totalement sourde et qu'elle est en proie à un vertige tel qu'il fallut attendre un mois avant de pouvoir la transporter à l'hôpital, étendue sur un matelas.

Nous constatons là que le vertige est toujours très intense : elle n'ose faire aucun mouvement, et, si on l'assied sur son lit, elle est prise de grandes oscillations du tronc, qui empêchent de prolonger tout examen. Pas de nystagmus spontané, mais secousses nystagmiformes des deux côtés dans les positions extrêmes.

Surdité absolue des deux côtés : les diapasons sur les dents ou sur les apophyses ne donnent qu'une sensation tactile. Elle se plaint beaucoup de ses bourdonnements, qui sont de deux variétés : un bruit de ronflement permanent dans les oreilles ; des bruits plus caractérisés, cris, sifflet de locomotive, chant, musique, qui occupent toute la tête.

Peu à peu les phénomènes vertigineux s'amendèrent, par évolution naturelle de l'affection et sous l'influence de KBr à dose élevée : elle put d'abord s'asseoir dans son lit, puis se lever, puis faire quelques pas dans la salle ; à la fin de septembre, elle sortait dans la cour en ayant seulement un peu de titubation intermittente avec tendance à aller à droite.

L'examen otoscopique avait montré à droite, dans le quadrant postéro-supérieur, une bride fibreuse, allant de la paroi au tiers supérieur du manche, décrivant une courbe à concavité inférieure, trace probable de la rupture tympanique. A gauche, épaississement en masse du segment postérieur et surtout du quadrant postéro-inférieur.

L'évolution ultérieure fut très singulière dans ce cas : la malade se sentant très bien demanda à sortir le 23 octobre, c'est-à-dire exactement quatre mois après l'accident. Le soir même, elle fut prise d'un violent mal de tête, qui s'accompagna d'élévation de température ; l'état alla en s'aggravant, et, le 29 octobre au matin, on la ramena dans le service avec des signes non douteux de méningite (40°, signe de Kernig, etc.) : elle avait cependant encore sa connaissance, et elle mourut dans la nuit après une période comateuse très courte. Une ponction lombaire avait donné issue à

20 centimètres cubes de liquide trouble, sous pression, contenant en abondance des polynucléaires et quelques lymphocytes.

A l'autopsie, méningite purulente de la convexité avec trainées de pus le long des scissures : pas de tubercules. — Malgré une recherche minutieuse, on ne put trouver une porte d'entrée crânienne : les sinus étaient sains, la lame criblée intacte, etc. Les deux rochers présentaient une trace évidente de fracture perpendiculaire à leur axe.

Les exemples de vertige traumatique, généralement moins intense que le précédent, ne sont pas rares. Ils se sont d'ailleurs multipliés dans la pratique journalière depuis la loi de 1898 sur les accidents du travail et sont souvent d'une interprétation délicate en raison de l'hystéro-traumatisme, de la simulation et de la sinistrose qui viennent se surajouter. En dehors de ces conditions, le vertige qui accompagne l'hémorragie labyrinthique se dissipe fréquemment au bout de quelques semaines ou de quelques mois, très certainement par résorption du caillot épanché dans le vestibule ou les autres parties du labyrinthe.

OBSERVATION IX. — Le nommé *Fr. S...*, 47 ans, étant à bicyclette, a été renversé par une automobile : il resta quatre jours sans connaissance. Hémorragie par le nez et par les oreilles, cette dernière ayant duré au moins huit jours. Parésie faciale droite. Lorsqu'il voulut se lever pour la première fois, il eut un violent vertige et faillit être précipité à terre; il resta un mois dans cet état. Actuellement, cinq mois après le traumatisme, il est assez solide : pas de Romberg, il se tient mal sur un pied les yeux fermés ; si on lui fait faire des 8 autour de deux chaises, il titube légèrement en tournant à droite. Pas de nystagmus. Il est très sourd, n'entend que vaguement la montre; il perçoit les divers diapasons par l'air et, placés sur la ligne médiane, les latéralise à gauche. Schwabach très diminué. Le tympan droit présente la trace d'une rupture en haut et en arrière; on n'en voit pas à gauche.

OBSERVATION X. — Le nommé *M. B...*, vingt-cinq ans, a fait une chute grave de motocyclette en juillet: il resta quatre ou cinq heures sans connaissance, mais on ne peut savoir s'il a eu une hémorragie. Après l'accident, il a eu du vertige pendant un mois; il pouvait à peine marcher, se remuer, etc.; dès qu'il tournait la tête à

droite, il avait du vertige avec nausées et était obligé de se cramponner. En même temps, surdité totale à gauche avec bruit d'eau continu.

Actuellement, le vertige a presque disparu six mois après l'accident ; il n'a pas de troubles marqués de l'équilibre, pas de nystagmus. Il entend la montre au contact osseux, mais le Weber est D.

OBSERVATION XI. — Le nommé *Fr. S...*, 21 ans, a reçu un coup de pied de cheval il y a dix mois sur le côté gauche de la face : il a eu de l'écoulement de sang par l'oreille gauche et par le nez, et on a dû ultérieurement lui enlever l'œil du même côté.

Durant son séjour à l'hôpital pendant un mois, il présenta du vertige et du déséquilibre très net ; actuellement encore, bien que cela soit très atténué, il a des bourdonnements d'oreille et du vertige, s'il se baisse, monte un escalier, etc. La surdité est complète à gauche avec Weber D. Il y a une cicatrice visible dans le quadrant postéro-inférieur.

OBSERVATION XII. — *M. Pierre B...*, 30 ans. Le malade, employé de chemin de fer, se trouvait sur le marchepied d'un fourgon d'un train en marche quand, passant au niveau d'un poteau télégraphique déplacé, il eut la région auriculaire gauche violemment heurtée par lui. Il perdit immédiatement connaissance et demeura vingt-quatre heures dans cet état. Il n'eut aucune fracture du crâne, mais depuis lors sa surdité est absolue à gauche. En même temps, le malade éprouve des vertiges, des bourdonnements, des nausées, de la titubation. Cet état persiste depuis trois mois sans amélioration. Le tympan gauche est un peu épaissi, mais ne l'est pas davantage que celui du côté droit, où l'audition est bonne. Weber à droite. Pas d'hystérie.

Nous possédons deux observations où le vertige a été déterminé par l'éclatement de pétards. Nous en donnons une à titre de curiosité.

OBSERVATION XIII. — *M<sup>me</sup> Marie M...* A l'âge de 66 ans, la malade, qui, d'après ses affirmations et aux dires de ses voisins, jouissait d'une excellente audition, se promenait, la veille du 14 juillet, quand deux enfants lui firent partir des pétards à côté des oreilles. Elle éprouva alors un vertige avec éblouissement, bourdonnements et surdité. Celle-ci fut complète pendant vingt-quatre heures et resta depuis lors très marquée. Montre : au contact

à droite, 0 à gauche. Rinne négatif. Voix aphone et moyenne : 0. Seule la voix haute est perçue. Bruit subjectif de chute d'eau. Vertiges en descendant les escaliers, en traversant les places; quelquefois titubation dans la rue. Un peu de nystagmus. Tympan gris-terne, généralement épaissi. Pas d'hystérie.

**2° Forme paroxystique, continue et chronique avec paroxysmes.** — Le syndrome de Ménière peut se manifester à l'état de crises paroxystiques isolées séparées par des rémissions complètes et à l'état de déséquilibration continue durant, sans être traversée de grands paroxysmes, des semaines, des mois ou des années. Mais plus ordinairement ces deux types vertigineux se trouvent associés dans la forme chronique avec paroxysmes. La description de cette dernière nous évitera donc de nous attarder séparément aux deux autres.

Voici un cas typique de vertige continu à crises paroxysmiques ayant duré plus de dix ans :

OBSERVATION XIV. — Je connais M<sup>me</sup> D... depuis dix-huit ans pour lui avoir donné des soins tout d'abord pour une petite perforation de la membrane de Schrapnell gauche avec formation polypeuse. Elle guérit facilement sans intervention.

Cinq ans après, elle revenait avec un syndrome de Ménière typique et, depuis cette époque, pendant près de douze ans, elle n'a pas cessé d'être vertigineuse, sauf de courts intervalles de répit. Le déséquilibre est constant; elle marche à petits pas, la tête droite et immobile, cherchant toujours le meuble ou le bras où elle pourra s'accrocher; elle a de l'agoraphobie et ne se risque pas, toujours accompagnée d'ailleurs, au delà du quai devant sa demeure. Cet état est entrecoupé d'accès de grand vertige, revenant surtout au moment des époques, avec sifflements intenses dans l'oreille gauche et vomissements; elle est obligée de garder le lit pendant deux ou trois jours. Aucun traitement ne modifia son état.

Il y a trois ans, le vertige a commencé à s'atténuer, et elle a pu reprendre la vie commune, aller même à Paris et visiter le Salon des Beaux-Arts. Mais elle n'est pas encore très solide, et il lui arrive fréquemment d'avoir un peu de vertige passager, notamment sous l'influence des bruits extérieurs.

L'oreille droite est sourde de longue date; elle n'entendait au

début la montre qu'au tragus, et elle ne l'entend plus du tout ; elle a supprimé dans l'enfance et est très cicatricielle. L'audition est de 20/80 environ pour la montre à gauche, où il y a une cicatrice au niveau du mur de la logette. Le Weber est D, le Schwabach diminuée.

Les formes à paroxysmes isolés abondent. Voici un exemple parmi beaucoup d'autres :

OBSERVATION XV. — *M<sup>me</sup> Fr. M...*, 43 ans, serait sourde de l'oreille gauche depuis un an : elle a du bourdonnement à timbre métallique, mais seulement d'une manière intermittente. C'est après un vertige qu'elle s'aperçut de sa surdité.

Elle décrit celui-ci de la façon suivante : il lui semble qu'elle reçoit un coup violent sur le sommet de la tête, le bourdonnement s'exagère ou apparaît dans l'oreille gauche, et elle est entraînée à droite. Elle tomberait si on ne la soutenait. Elle éprouve les sensations subjectives et objectives : tout tourne autour d'elle, et elle a aussi la sensation de précipitation à droite ; les yeux vacillent, de grands cercles noirs tournent devant ses yeux, et elle ne voit plus. Elle a des nausées, plus rarement des vomissements. Elle est chaque fois très angoissée, crie qu'elle va mourir, qu'elle s'en va. Le tout dure environ une demi-heure, et elle peut redescendre à son bureau ; parfois l'état vertigineux persiste, et elle est alors obligée de rester au lit.

Les vertiges reviennent assez irrégulièrement, toutes les trois semaines environ, la laissant parfois indemne pendant deux mois. Dans l'intervalle des crises, elle n'a aucune sensation de vertige ou de déséquilibre.

Les deux tympanes sont un peu épaissis, sans triangle, enfoncés, surtout le gauche. Le Weber est droit sur le front, gauche sur les dents, le Schwabach diminué des deux côtés. Coryzas fréquents.

Le cas suivant est intéressant en raison de la relation qui paraît exister entre le vertige et un goître aigu :

OBSERVATION XVI. — *M. Ch. L...*, 33 ans, a éprouvé un léger étourdissement il y a juste quinze jours, le matin au réveil. Dans la nuit suivante, vertige intense qui a duré jusqu'au lendemain soir à quatre heures et s'est accompagné de vomissements répétés. Dès le début du grand vertige, bourdonnement intense dans l'oreille droite, qui persiste. Dans la journée, il s'aperçut qu'il était sourd de cette oreille.

Il n'a pu se relever qu'au bout de douze jours ; il ne peut marcher que depuis trois jours. Il a un léger Romberg qui a été beaucoup plus marqué, du nystagmus horizontal, égal des deux côtés ; il peut faire des 8 autour de deux chaises, mais n'est pas solide quand il tourne à droite. Les tympans ne présentent pas de lésions. Le diapason vertex est perçu des deux côtés, mais plus à gauche, et le Schwabach est très diminué à droite. Il entend la montre au contact osseux.

Il a du goître depuis l'âge de quinze ans, mais il affirme que celui-ci a considérablement augmenté depuis son vertige ; c'est ainsi que ce matin il n'a pu trouver de col à se mettre, et sa chemise, qu'il a difficilement pu boutonner, lui marque le cou d'un large sillon.

L'accès paroxystique rappelle en raccourci l'accès apoplectiforme ; mais son allure est moins dramatique. De plus, il n'entraîne jamais de perte de connaissance et n'est généralement pas suivi de surdité complète définitive, comme c'est au contraire la règle avec la forme apoplectiforme.

L'apparition de l'accident est parfois brusque et surprend le sujet en pleine santé apparente ; assez souvent néanmoins des troubles articulaires *prémonitoires* ont pu le faire craindre au médecin et plus tard une sorte d'*aura* le laisser prévoir au malade qui en a déjà été victime.

Les lésions chroniques de l'oreille, susceptibles d'entraîner de la compression labyrinthique, les troubles vasculaires capables de retentir directement ou indirectement sur la circulation de l'oreille interne éveilleront particulièrement l'attention à ce point de vue. Sans doute les sourds, les artérioscléreux, les brightiques ne sont pas tous destinés à devenir des vertigineux ; il faut, en effet, comme le remarque Gilles de La Tourette, faire une large part dans le développement du syndrome de Ménière à une hyperexcitabilité de l'oreille interne très personnelle au sujet. Ce sont précisément les signes de cette susceptibilité, plus encore que ceux de la diminution de l'acuité auditive, qui feront redouter l'explosion des accidents vertigineux. On constate ainsi, localisés plus spécialement à l'une ou l'autre oreille suivant la prédominance de la lésion ici ou là, des bruits subjectifs (bourdonne-

ments, bruits de jets de vapeur, de sifflets), s'exagérant sous l'action de certaines positions, quand la tête est penchée en avant par exemple, et diminuant généralement dans le décubitus horizontal. Intermittents d'abord, ils arrivent à devenir constants et présentent des exacerbations qui doivent faire redouter le vertige. On a relevé de même des hallucinations d'espace ayant précédé dès longtemps ce dernier. Une malade de Charcot sentait la chaise sur laquelle elle était assise se briser sous elle ; une autre, pendant huit ans avant l'apparition du syndrome, croyait voir l'escalier qu'elle descendait s'entr'ouvrir devant elle.

Fréquemment l'accès s'annonce par des troubles vasomoteurs : le patient éprouve une forte sensation de chaud ou de froid ; il a le visage ou même seulement la moitié de celui-ci congestionné ou au contraire pâle. Des sueurs profuses, des frissons, une sensation de compression céphalique se rencontrent aussi à l'état de prodrome ou au cours de la crise.

L'aura la plus habituelle du vertige consiste en la perception d'un bruit plus ou moins aigu. On a signalé encore de la céphalée, des troubles visuels, du nystagmus pouvant être assez intense pour déterminer du strabisme, de la diplopie, « des éblouissements ou au contraire des fumées, du noir, des flammes de feu en zigzag ; plus rarement de l'obnubilation, de l'abaissement brusque de la vision » (Gellé). Exceptionnellement, c'est une sensation allant de l'hypogastre à l'occiput (Duffin) (1), une douleur partant d'un membre et gagnant l'oreille (Ringer) (2).

En même temps le malade éprouve la sensation d'un mouvement oscillatoire dans le sens antérieur ou postérieur, dans l'axe vertical ou latéral du corps ; puis, s'il n'a eu le temps de se coucher ou de s'asseoir, il chancelle et tombe sur le sol en avant ou de côté. Et, tant que dure la crise, couvert d'une sueur froide, alternativement pâle ou congestionné, il se pelotonne sur lui-même, prenant les positions les plus bizarres.

En voici un exemple :

(1) DUFFIN, cité par Gowers (*British med. Journ.*, 1877).

(2) RINGER, *ibid.*

OBSERVATION XVII. — M<sup>me</sup> E..., 24 ans, a une otorrhée droite depuis l'enfance, mais n'a jamais été soignée. Il y a six jours, après avoir présenté depuis quelques semaines un peu de douleur sur l'apophyse et une recrudescence de l'écoulement devenu sanguinolent, elle fut brusquement projetée à terre dans son magasin et se mit à vomir. A grand'peine on la transporta dans son lit, qu'elle n'a pas quitté depuis. A chaque mouvement qu'elle fait pour se changer de place, bouger la tête, etc., le vertige redevient intense, et elle vomit.

Aussi reste-t-elle complètement immobile, couchée sur le côté droit, le visage fortement tourné à droite et à demi enfoui dans l'oreiller. Lorsqu'on voulut l'asseoir, elle fut prise de grandes oscillations du tronc et retomba sur l'oreiller. Trois personnes ne parvinrent qu'avec beaucoup de peine à la maintenir sur le côté gauche, au milieu de cris, de gémissements et de supplications, pendant que nous constations la présence d'un gros polype de la caisse et que nous procédions à son ablation : un lavage débarrassa ensuite l'oreille d'une quantité de débris cholestéatomateux, et immédiatement la malade fut soulagée.

Quelques jours après, la malade était totalement guérie de son vertige, qui ne reparut plus : un traitement ultérieur amena la guérison de l'otite suppurée.

Ces diverses modalités du *vertigo* ont été ramenées à quatre par les auteurs : 1° *vertigo gyrans*, quand le malade a une sensation de tournoiement sur lui-même ou des objets autour de lui ; 2° *vertigo titubans*, lorsqu'il se croit entraîné en avant ou en arrière ; 3° *vertigo vacillans*, s'il se sent emporté de côté, en l'air, dans un gouffre ; 4° *vertigo caduca* enfin, quand la chute s'ensuit.

Parfois ce sont de véritables impulsions qu'éprouve le sujet ; elles l'entraînent malgré lui en avant, latéralement, l'obligent à tourner, à se coucher sur un côté, à se courber, etc. (Weill). Un malade d'Itard courait quelques minutes droit devant lui, ou exécutait un mouvement autour d'un axe transversal ; un cocher observé par Voury imprimait à son cheval un mouvement de rotation lorsque l'accès le prenait sur son siège ; un malade de Ferrier tournait deux ou trois fois sur lui-même, puis s'affaissait.

Lorsqu'il va tomber, le vertigineux se cramponne généra-

lement à tout ce qui s'offre à lui : poteau, bec de gaz, mur, passant, etc. Aussi évite-t-il d'ordinaire un traumatisme grave; pourtant des cas de fracture des os du nez et des dents, des chutes mortelles même ont été rapportés.

On a beaucoup discuté sur la direction de la chute : le plus souvent c'est du côté de l'oreille lésée que celle-ci s'effectue, mais cette règle est loin d'être constante, non seulement pour les différents malades, mais encore chez un même sujet. Pareille discussion a eu lieu pour le sens dans lequel se produit la rotation des objets : la même irrégularité a été constatée. Quant au nystagmus, il apparaît surtout dans le regard du côté sain.

La crise calmée, le sujet raconte avec effroi ses culbutes subjectives; celles-ci se traduisent pour lui, ensemble ou isolément, par deux sortes de sensations. Tantôt il voit les objets se déplacer autour de lui, tourner dans un sens ou dans l'autre; tantôt au contraire il a l'impression de tituber, de pivoter lui-même sur son axe vertical ou horizontal, d'être emporté dans un tourbillon, de rouler comme une boule en avant ou en arrière, d'être enlevé en l'air les pieds en avant, d'être précipité dans un abîme. L'hallucination cœnesthésique est parfois poussée fort loin. Un malade croira tomber de la colonne de la Bastille en effectuant une série de sauts périlleux en avant (Charcot); un autre s'imaginera que son lit est précipité à travers le plancher effondré, et les bruits subjectifs intenses qu'il éprouvera lui feront penser que la maison entière s'écroule (Lannois). Quelquefois ce tableau est encore compliqué d'hallucinations visuelles, le sujet voyant le sol onduler comme la mer, les objets se mouvoir etc., et d'hallucinations tactiles, sensation de souris le long du corps, de frémissement musculaire, de brûlure aux mains et aux pieds (Charcot, Weill) (1).

Chaque mouvement tenté par le patient pendant l'accès, le fait par exemple de se soulever la tête de l'oreiller, exagère le

(1) Pour plus de détails à ce sujet, voir : PALASNE DE CHAMPEAUX, Contribution à l'étude des symptômes, du diagnostic et de la pathogénie de la maladie de Ménière. Quelques réflexions sur les rapports du mal de mer et la maladie de Ménière (*Thèse de Paris*, 1881).

vertige. Il en est de même de l'ouverture des yeux, car le *nystagmus*, habituel à se moment, augmente la sensation subjective du déplacement des objets. Aussi la fermeture spontanée des yeux pendant l'accès est-elle pour Frankl-Hochwart un signe de diagnostic important. Une de ses malades était soulagée par une occlusion légère, tandis qu'une fermeture plus forte, entraînant de la compression des globes oculaires, augmentait l'intensité de la crise; douze autres trouvaient un soulagement à tenir la tête raide et à diriger leurs regards sur un objet précis. Ce sont là autant d'analogies avec le mal de mer, que l'on calme parfois en fermant les yeux et en accommodant sur un objet du voisinage. Cette amélioration du vertige par l'occlusion des yeux ne se produit que pendant l'accès; dans la période intercalaire, au contraire, la vue sera, suivant une expression imaginée, la béquille du vestibule. C'est là un fait d'observation courante: l'occlusion des yeux permettra souvent un lavage de l'oreille, qui autrement aurait déterminé un vertige plus ou moins accentué.

En même temps que le nystagmus, on peut constater d'autres troubles visuels moins importants et moins constants, par exemple de la diplopie, de la polyopie, du strabisme, du rétrécissement du champ visuel, etc. Chez des malades de Jackson et Schwalbach, la pression sur le tragus droit déterminait une déviation lente des yeux de droite à gauche, avec le déplacement apparent des objets du même côté. Leur caractère migraineux nous a fait classer plus loin deux cas, où ces troubles oculaires sont très marqués.

Les phénomènes réflexes peuvent se produire sur les muqueuses nasale et conjonctivale.

OBSERVATION XIII. — M<sup>me</sup> V... est atteinte de syndrome de Ménière à forme continue avec paroxysmes: son observation a déjà été publiée comme un exemple net d'agoraphobie.

La fin de la crise paroxystique est généralement annoncée chez elle par du larmolement, un écoulement nasal abondant et des éternuements. Il faut ajouter qu'elle présente cette curieuse manifestation nasale spasmodique à laquelle on a donné le nom d'éternuement postprandial: au repas de midi, presque toujours au moment où elle prend son café, elle a de violents éternuements

jusqu'à trente fois de suite. Son père et une de ses sœurs présentent la même affection.

Il faut ajouter qu'actuellement cette malade, qui est suivie depuis dix ans, n'a plus de vertiges depuis près de quatre ans, abstraction faite d'une légère atteinte il y a dix-huit mois. C'est un bel exemple de la disparition progressive d'un vertige auriculaire grave : l'audition est redevenue normale.

Les *bruits subjectifs* sont généralement très intenses et contribuent, pour une bonne part, à l'état si pénible dans lequel se trouve le malade. Ils peuvent, chez des prédisposés, déterminer de véritables hallucinations et entraîner de l'hypocondrie et des idées fixes : un neurasthénique de Frankl-Hochwart avait la sensation d'insectes dans la tête. Ces bruits sont des plus variés : sifflets aigus, tintements de cloche, craquements effroyables, bruits de la mer, de coquillages, de chute d'eau, de tempête, de chaudière, de ferraille, de machine, de choes du fer sur l'enclume, de bourdonnements d'abeilles, de cri-cri des grillons, etc. Exceptionnellement, ils sont musicaux. Palasne de Champeaux cite une malade qui entendait des chants harmonieux ; un musicien, soigné par Robin, percevait des sons dont il pouvait évaluer la hauteur. Chez une de nos malades qui croyait entendre une musique militaire, il se produisit ultérieurement des troubles psychiques.

Il est rare que les bruits subjectifs fassent défaut dans le syndrome de Ménière : ils manquaient sept fois seulement sur 209 cas réunis par Frankl-Hochwart. Ils existent d'ordinaire pendant la période interparoxystique, mais peuvent n'apparaître qu'à l'approche du vertige. Dans les deux tiers des faits de la statistique précédente, une exacerbation des bruits subjectifs annonçait l'approche de l'accès ; dans un quart, il ne se manifestait pas alors de modification sensible ; chez six malades, le bruit devenait plus faible, puis se perdait peu à peu ; trois fois enfin l'exacerbation existait avant et après l'accès, mais celui-ci se passait sans bruit subjectif.

L'*acuité auditive* s'abaisse d'ordinaire notablement avant la crise et pendant celle-ci. Il est naturellement malaisé de dire si c'est là une réaction directe du nerf cochléaire ou bien une conséquence de l'exacerbation des bourdonnements.

L'hypoacousie, après avoir subi une aggravation pendant la période prémonitoire, diminue parfois après le paroxysme. Heermann (1) a signalé un cas d'hyperesthésie acoustique. Le degré de surdité varie, d'ailleurs, suivant les lésions auriculaires responsables du syndrome; le plus souvent, la dureté uni ou bilatérale est assez marquée; elle peut cependant (forme fruste) être très faible et passer inaperçue. Dans quelques cas, la surdité n'existe que pour certains groupes de sons; un malade de Knapp entendait mieux les octaves moyens, un autre les sons graves; les sons aigus n'étaient pas perçus. Palasne de Champeaux a observé un cas de diplacousie.

La fin de l'accès vertigineux est souvent annoncée par un *état nauséeux* comparable à celui du mal de mer. Ce symptôme ne figure que rarement parmi les prodromes: aussi les malades arrivent-ils à se réjouir de son apparition, qui leur promet un terme à leur supplice. La nausée est ordinairement accompagnée de *vomissements*; ceux-ci, que l'on rencontre dans les deux tiers des cas, sont alimentaires, bilieux et ne renferment qu'exceptionnellement des traces de sang. Ils sont tantôt abondants et faciles, se produisant sans nausée ni douleur, tantôt peu abondants et pénibles, s'effectuant au prix de violentes souffrances. Souvent une surcharge de l'estomac, une intoxication alcoolique sont constatées chez les prédisposés au vertige, sans qu'on puisse assigner une place pathologique précise à ces manifestations.

On mentionne rarement des phénomènes intestinaux au cours du syndrome de Ménière. Frankl-Hochwart est convaincu qu'il en serait tout autrement si on les recherchait systématiquement. On observe, en effet, souvent de la *diarrhée*, celle-ci déterminant une, parfois trois, quatre garde-robes brusquement et impérieusement réclamées.

Pendant l'accès, la face est pâle, les extrémités refroidies; le malade est dans un état demi-syncopal lui laissant toute sa conscience. Le pouls est généralement accéléré, petit, tendu; il était ralenti dans un cas de Frankl-Hochwart. Weill

(1) HEERMANN, Ueber den Meniereschen Symptomenkomplex (*Sammlung von Abhandlungen aus dem Gebiete der Nasen, Ohren, Mund und Halskrankheiten*, t. VII, fasc. 1 et 2, 1903).

a observé des palpitations et de l'angoisse. La température n'est pas modifiée. Les réflexes tendineux étaient exagérés dans quelques cas.

La *durée* de l'accès paroxystique est très variable. Parfois le malade se relève au bout de quelques minutes, l'air hébété, et reste un certain temps abasourdi, las, souffrant d'une sensation de compression céphalique, de douleurs localisées au front, à la nuque, ou rappelant celles de la névralgie trigémellaire ou occipitale; puis il continue sa route ou reprend ses occupations. Plus ordinairement la crise persiste plusieurs heures, et le patient, après avoir abondamment vomi, finit par s'endormir; au réveil, le paroxysme est terminé. Moins fréquemment enfin, l'accès dure deux ou trois jours, ou même une semaine entière.

Il est rare de voir le syndrome de Ménière demeurer purement paroxystique et se manifester seulement par des crises se reproduisant à quelques semaines ou quelques mois d'intervalle sans que la période intercalaire soit en rien troublée. Le plus souvent, le malade est d'emblée un vertigineux chronique avec poussées paroxystiques, ou il le devient lorsque les paroxysmes ont eux-mêmes ouvert la scène. Ces derniers sont du reste plus ou moins violents, plus ou moins espacés suivant les cas, et tous les degrés peuvent naturellement s'observer. Des périodes plus ou moins longues d'accalmie totale apparaissent même parfois.

L'état dans lequel se débat le malheureux *vertigineux chronique* est lamentable. Sa *démarche* traduit le déséquilibre dans lequel il se trouve. Gilles de La Tourette, en en prenant le graphique, avait relevé les caractères suivants : 1° les deux pieds peuvent passer simultanément du même côté de la directrice, et l'écartement latéral d'un même pied est plus considérable qu'à l'état normal; 2° il y a raccourcissement du pas dans les poussées latérales et allongement relatif dans la période prémonitoire de la chute; 3° la situation de l'axe du pied par rapport à la directrice de la marche est très variable; 4° les caractéristiques de la marche titubante elle-même sont très variables chez un même sujet et dans une même marche. Ces caractères, on le voit, se rapprochent de

la démarche cérébelleuse. Ils étaient encore plus curieux dans un cas de Jackson, cité par Weill; le malade, sourd de l'oreille droite, qui était le siège de bourdonnements continuels, avait tendance à croiser sa jambe droite pendant la marche et à placer son pied droit en dehors du pied gauche, en même temps qu'il inclinait toujours à s'avancer dans cette direction, les objets lui semblant se déplacer de ce côté.

Von Stein (1) s'est efforcé plus récemment de déterminer exactement le *degré de déséquilibre objectif* des vertigineux. Les épreuves, qu'il effectue à l'aide de son goniomètre, sont les unes statistiques, les autres dynamiques. Les premières consistent à examiner : 1° la station debout, genoux et talons au contact; 2° la station debout sur la pointe des pieds; 3° la station sur un pied; 4° la station debout sur un plan incliné. Les épreuves dynamiques s'occupent : 1° de la marche en avant et en arrière en ligne droite; 2° du saut à pieds joints en avant et en arrière; 3° de la rotation à droite et à gauche les pieds joints; 4° de la rotation sur un pied.

Pendant ces épreuves, un sujet normal ne chancelle pas, que les yeux soient ouverts ou fermés. Le vertigineux, au contraire, chancelle et, si le labyrinthe est en cause, l'occlusion des yeux augmente le déséquilibre, ce qui justifie une fois de plus l'aphorisme de Grasset : la vue est la béquille du labyrinthe. Le cinématographe peut rendre des services appréciables dans l'étude de ces troubles (Von Stein, Moure).

Toutes ces recherches ressemblent en somme beaucoup à celles que l'on effectue dans l'examen des tabétiques. Bonnier a constaté de même que le signe de Romberg, c'est-à-dire l'oscillation avec ou sans chute, était de règle dans l'irritation labyrinthique. Intermittent ou paroxystique comme le vertige lui-même, il est plus ou moins accentué suivant le degré du trouble qui le cause. Une oscillation unilatérale sera compensée naturellement par le côté sain, quand un seul appareil ampullaire sera intéressé; dans des oscillations à droite et à gauche par suite de lésion double, la correction des attitudes segmentaires détermine les efforts compensateurs des muscles

(1) VON STEIN, *Die Lehre von den Funktionen der einzelnen Teile des Ohrlabirynths*. Iéna, 1894.

libio-tarsiens ; enfin, quand l'irritation labyrinthique est considérable, le déséquilibre n'est relativement corrigé que par la vue (Bonnier).

*L'épreuve du vertige voltaïque* fournira parfois d'utiles renseignements. On la pratique sur le malade assis ou mieux (Escat) debout, les talons rapprochés, les yeux fermés. Les tampons étant symétriquement appliqués sur les apophyses mastoïdes, on ferme le circuit et on l'ouvre de suite ; ou bien (Escat) on le maintient fermé jusqu'à ce que la réaction se produise, c'est-à-dire dix à quinze secondes au maximum. Normalement, le passage d'un courant de 1 à 8 milliam-pères détermine un vertige expérimental inclinant la tête et le corps du côté du pôle positif, et les yeux regardent dans la même direction. Le vertige augmente progressivement si le courant reste fermé quelques secondes ; il s'accroît brusquement quand on l'interrompt et s'accompagne alors de sifflements d'oreille et quelquefois de phosphènes ; on ne constate ni nausée ni vomissement. En cas d'otopathie, Babinski (1) et Gros (2), qui ont particulièrement étudié cette question, sont arrivés aux conclusions suivantes : 1° avec une lésion de l'oreille externe, la réaction est normale ; 2° avec un trouble ou une lésion unilatérale de l'oreille moyenne ou de l'oreille interne, l'inclinaison se fait presque constamment (cinq fois sur six) ou se montre plus marquée du côté malade, quel que soit le sens du courant ; 3° si l'otopathie est bilatérale, l'inclinaison est ordinairement plus forte du côté le plus atteint (vingt-huit fois sur trente-six).

Les malades auxquels on a affaire présentant généralement des lésions bilatérales, cette réaction perd naturellement en clinique beaucoup de son intérêt.

*L'épreuve du vertige rotatoire*, pratiquée au moyen de l'appareil de Mach, comme nous l'avons exposé plus haut, a surtout l'avantage de différencier le syndrome de Ménière du syndrome vestibulaire de Raymond : dans ce dernier cas, le malade ne sent pas le mouvement de rotation, il n'a

(1) BABINSKI, *Société de biologie*, 26 janvier 1901.

(2) GROS, Des modifications du vertige voltaïque dans les otopathies (*Thèse de Toulouse*, 1901).

pas de vertige au moment de l'arrêt, pas de nystagmus.

Dans de pareilles conditions, *la vie du vertigineux* est, on le comprend, assez misérable. Son vertige peut exister jour et nuit et dans toutes les positions, sous ses diverses variétés. L'alitement est parfois sa dernière ressource : une malade de Charcot prenait ainsi une position bizarre, la tête légèrement renversée en arrière, les jambes un peu élevées, immobilisée par la crainte ; elle donnait des signes de grande anxiété si l'on approchait de son lit, s'y cramponnait au moindre mouvement qu'on lui communiquait et poussait des cris déchirants si l'on essayait de l'emporter.

Le patient veut-il reprendre sa vie ordinaire, obsédé par des bourdonnements constants, il ne peut sortir dans la rue sans voir son vertige s'exagérer ; souvent il est obligé de se faire accompagner. Sa démarche, mal assurée, rappelle celle du canard ( Moos) ou celle de l'ivrogne, ce qui le fera parfois conduire au poste par un agent de police trop zélé. Il rase les murs pour s'en faire un appui en cas de besoin ; il ne peut traverser les places. Sans cesse préoccupé de ce qui augmenterait sa compression labyrinthique, il évite de se baisser, de bouger la tête ou les yeux, de se moucher, d'éternuer ; il ne mange qu'avec précaution. L'état général se ressent naturellement de ces angoisses ; l'alimentation, gênée par les nausées, se fait mal ; l'amaigrissement s'ensuit. Souvent, enfin, la neurasthénie et son cortège de symptômes de dépression viennent compléter la faillite d'une volonté qui n'ose plus espérer et appelle à grands cris l'anéantissement labyrinthique total ou la mort.

### III. — Formes atténuées.

Les formes atténuées sont de beaucoup les plus fréquentes, et leur description est véritablement impossible en raison de leur diversité. Elles ne sont pas toujours rapportées à leur véritable cause par les praticiens, qui les attribuent à l'estomac, au rein, à l'utérus, à l'anémie, etc. Elles se traduiront, par exemple, par un léger éblouissement, un tournoiement passager, une sensation d'étourdissement à peine marquée, par un symptôme épisodique, suivant l'expression d'Escat ;

ces manifestations se produiront au moment où le malade baissé relèvera la tête, se tournera de côté, s'étendra dans son lit, fera les premiers mouvements de mastication à son repas, se congestionnera pendant le travail de la digestion, sera surpris par un bruit brusque et violent, recevra une injection poussée trop fort dans le conduit, etc. Et l'on trouvera tous les intermédiaires entre ces formes atténuées et les formes plus graves du syndrome de Ménière.

#### IV. — Formes frustes.

Frankl-Hochwart décrit sous le nom de formes frustes des types cliniques du syndrome de Ménière dans lesquels l'un des éléments de la triade symptomatique fondamentale est absent ou extrêmement réduit. Il s'agit là d'ailleurs de cas exceptionnels.

On pourra rencontrer ainsi :

1° Un syndrome de Ménière avec une hypoacousie si minime qu'elle passera inaperçue ou même avec une *audition intacte*;

2° Un syndrome de Ménière *sans bruits subjectifs* ;

3° Un syndrome de Ménière *sans vertige* ou du moins sans vertige typique, celui-ci étant remplacé par du tremblement des jambes, une sensation de dérobement du sol, un état rappelant le mal de mer.

Nous rapprocherons de cette dernière forme la *migraine otique*, syndrome d'origine labyrinthique, dans lequel l'hémicranie s'accompagne de bourdonnements, d'hypoacousie progressive et d'un état vertigineux léger et inconstant.

Signalés par Weber-Liel (1), Urbantschitsch (2), Robiolis (3), les rapports de la migraine et des troubles otiques n'avaient guère, malgré tout, fixé l'attention avant Escat (4), qui vint plaider en faveur d'un type clinique défini homologue de la migraine ophtalmique. L'observation lui avait démontré en

(1) WEBER-LIEL, *Ueber das Wesen und die Heilbarkeit der häufigsten Form progressiver Schwerhörigkeit*, Berlin, 1873.

(2) URBANTSCHITSCH, *Traité des maladies de l'oreille*, 1886.

(3) ROBIOLIS, De la migraine ophtalmique (*Thèse de Montpellier*, 1894).

(4) ESCAT, De la migraine otique (*Ann. des mal. de l'oreille*, oct, 1904, p. 363).

effet : 1° que les troubles otiques (surdité, bourdonnements, otodynie vague et profonde, hyperacousie douloureuse) s'observent dans certains accès de migraine au même titre que les troubles ophtalmiques, parfois concurremment avec eux ; 2° que la plupart des sujets atteints d'otosclérose labyrinthique primitive avec signes précoces de compromission labyrinthique sont ou ont été des migraineux. A la suite d'une toxémie chronique, d'origine variable, il se produirait une intoxication des centres bulbo-médullaires présidant aux fonctions sensitive, motrice et trophique de l'appareil auditif et par suite un trouble consécutif dans les fonctions du trijumeau, dont la réaction est à la fois sensitive, motrice et trophique. La réaction sensitive se traduit par des névralgies dans le domaine du trijumeau et spécialement dans les rameaux méningés, dont l'irritation explique l'hémicranie. La réaction motrice se manifeste par des bourdonnements intermittents dus au spasme de tenseur tympanique (bruit de Leudet) : la ténotomie de ce dernier amena, en effet, la disparition des bourdonnements chez un migraineux d'Urban-tschitsch. La réaction trophique entraîne la sclérose atrophique et hyperplasique de l'appareil auditif et se manifeste par des bourdonnements continus, à caractère musical, et de l'hypoacousie progressive. L'état vertigineux que l'on observe alors de façon assez inconstante relève de la participation des canaux semi-circulaires au processus scléreux ; il est généralement faible, la lenteur du processus semblant ménager la susceptibilité réflexe de l'appareil périphérique de l'équilibration, contrairement à ce qui se passe dans le syndrome de Ménière typique, symptomatique de lésions artérielles plus brutales.

Voici deux cas où la migraine revêtait un caractère à la fois otique et ophtalmique très accusé :

OBSERVATION XIX. — *M. B...*, a déjà été vu pour un peu d'otite moyenne catarrhale en 1895, alors qu'il avait 18 ans. Il avait à ce moment un peu d'otite moyenne catarrhale et fut rapidement guéri.

Il revient en 1906, se plaignant d'abaissement marqué de l'ouïe : il travaille dans un atelier où il y a des chaudronniers ; il a des

sifflements lorsqu'il sort, du bruit et des craquements lorsqu'il avale.

Le point intéressant à relever dans son histoire est le suivant : deux fois en ce dernier mois, il a été pris assez brusquement de vertige en sortant de l'atelier et en regardant le bassin qui constitue la gare d'eau de Vaise ; les sifflements deviennent intenses, tout tourne autour de lui, et c'est avec la plus grande peine qu'il parvient à regagner son domicile. En marchant, il survient de la douleur à la nuque et de la migraine à caractère ophtalmique : il a d'abord des flammèches, puis des lueurs qu'il dit ressembler à des Z rapprochés, enfin de l'hémiopie droite. Il est obligé de se coucher.

Au bout d'une heure et demie à deux heures, il peut se relever, mais la migraine se continue pendant quatre ou cinq heures comme une migraine ordinaire avec hémicranie gauche, fourmillements dans les doigts, surtout à droite, envie de vomir.

D'après son récit, il a déjà eu cette migraine à début nettement marqué par du vertige et du sifflement lors de la première atteinte de ses oreilles, mais n'avait plus rien eu depuis huit ans.

Les deux tympans sont d'aspect normal, nettement enfoncés, et l'audition n'est de l'un et l'autre côté que de 25/60. Le cathétérisme et le bromure remirent rapidement les choses à l'état normal (OD = 50/60 ; OG = 45/60).

Le malade est très nerveux ; il a été revu à diverses reprises ; toutes les fois qu'un peu de sifflement ou quelques mouches volantes lui faisaient craindre le retour des accidents, il a suffi d'un peu de bromure et d'un cathétérisme pour que tout rentrât dans l'ordre.

OBSERVATION XX. — *M. Antoine T...*, 37 ans. Le début s'est fait il y a neuf ans par des bourdonnements dans l'oreille gauche, bruit de chute d'eau ou de grillon. Il s'aperçut alors, en écoutant sa montre, qu'il était sourd de OG, ce dont il ne se doutait pas. Quelques semaines plus tard, il survint des vertiges. Il les décrit ainsi : Brusquement la tête lui tourne et paraît vouloir l'entraîner à droite ; il est obligé de s'accrocher aux objets environnants pour ne pas tomber. Il éprouve en même temps une sensation de chaleur à la nuque. Le tout ne dure que quelques secondes. Survient alors une douleur vive, parfois occipitale, le plus souvent frontale, à prédominance du côté gauche.

A ce moment, phénomènes oculaires : hémianopsie ne lui laissant voir que la moitié gauche des personnes ou des objets, ou plus

exactement lui faisant trouver sombre la moitié droite; mouches volantes; danse des lettres s'il veut lire. Il est obligé de se coucher et, après avoir vomi ou non, s'endort et se réveille au bout de deux heures guéri.

Il a eu, en deux ans, sept crises de ce genre: il est rare qu'elles soient isolées; le plus souvent elles reviennent trois ou quatre jours de suite.

L'oreille droite est bonne, la gauche ne perçoit la montre qu'au pavillon; le Weber est gauche; les deux tympans sont généralement un peu épaissis, mais le triangle, encore bien visible à droite, a disparu du côté gauche.

### V. — Formes psychiques.

L'hyperexcitabilité de l'oreille interne, qui favorise l'apparition du syndrome de Ménière, a maintes fois déjà attiré l'attention sur les relations de ce dernier avec l'état nerveux du sujet, et l'on peut, avec Frankl-Hochwart, admettre qu'il existe une névrose de Ménière produite par le vertige lui-même. Il n'y a vraiment, du reste, pas là de quoi surprendre si l'on réfléchit à ce qu'est la vie des vertigineux. Rouzaud (1), dans son excellente thèse, à laquelle nous emprunterons largement, constate que la plupart d'entre eux ont une cérébralité troublée, qu'il s'agisse de forme grave ou de forme bénigne du syndrome. On peut réunir en trois groupes les manifestations que l'on constate: 1° troubles de l'intelligence et de la volonté; 2° phobies; 3° psychoses.

**1° Troubles de l'intelligence et de la volonté.** — Ces troubles sont de règle dans le syndrome de Ménière. L'impression laissée au malade par ses accès vertigineux, la crainte continuelle de les voir se reproduire, la constatation de son impuissance à les combattre impriment à son caractère des altérations profondes. Il devient vite un triste, un solitaire. Ce qui l'intéressait autrefois n'a plus d'attrait pour lui. Il ne sort plus, pour éviter les exacerbations que pourraient lui amener les bruits du dehors, les sensations d'espace. La peur

(1) ROUZAUD, De l'état mental dans le vertige auriculaire (Thèse de Lyon, 1906).

d'apparaître titubant, de passer pour un ivrogne, de tomber dans la rue, le confirme encore dans ses idées de réclusion. Ses occupations professionnelles se ressentent en outre du degré plus ou moins marqué d'asthénie intellectuelle dans lequel il se trouve : le travail, la concentration des idées deviennent plus difficiles, la mémoire moins fidèle, le jugement moins vive. Les efforts intellectuels, du reste, favorisent le retour du vertige.

Pas instants, le malade a des mouvements de révolte contre cette infériorité sociale, accrue encore par sa surdité. Il a des accès de mauvaise humeur, de colère, en arrivant même à casser tout ce qui lui tombe sous la main, à battre femme et enfants. Ce ne sont là d'ailleurs que des crises passagères, car sa tristesse est immédiatement doublée du regret de ses excès. Il est rare, en effet, de constater des troubles de l'affectivité, des aversions subites pour des personnes de l'entourage. En dehors des moments d'impulsion, la conscience reste généralement intacte.

Toutes ces déchéances anéantissent parfois d'emblée la volonté du malade, lui inspirent la crainte de la mort et le plongent dans une morne hypocondrie. D'autres fois, il essaie de réagir ; mais, vienne un jour à germer dans son cerveau l'idée de suicide, elle arrivera souvent à l'obséder, qu'il y résiste en s'accrochant à l'existence de toutes ses forces, ou qu'il y cède comme à l'ultime conclusion d'une vie de torture et de désespérance.

2° **Phobies.** — La crainte d'un nouveau vertige, d'une chute, de la mort, etc., est, nous venons de le voir, commune dans le syndrome de Ménière. C'est là une impression bien naturelle. Les phobies véritables sont au contraire assez rares. Elles se rapportent généralement à des sensations d'espace ; mais on évitera de les confondre avec les surperceptions d'espaces, qui sont des variétés de la sensation vertigineuse : le vertige horizontal, le vertige vertical, réalisés par l'hyperacuité des perceptions horizontales ou verticales, ne sont pas des phobies proprement dites. Celles-ci ne sont pas des troubles de déséquilibration, mais résultent de la

systématisation de phénomènes de peur angoissante de l'espace, susceptibles de se produire chez les *névropathes* à l'occasion de troubles de déséquilibre ou en dehors d'eux.

L'*agoraphobie* en est la forme la plus habituelle. Peugniez et Fournier (1) faisaient de ce symptôme, comme du vertige lui-même d'ailleurs, un stigmate de dégénérescence ; mais, à la suite des travaux de Robert (2), de Gellé (3), et surtout de Lannois et Tournier (4), les rapports de l'agoraphobie et du syndrome de Ménière ont été nettement démontrés. Terrible par sa ténacité, cette manifestation est souvent grosse de conséquences pour la situation sociale des malades. Ceux-ci ont-ils à traverser une place, une rue, ils sont en proie à une angoisse insurmontable, sont réduits à raser les maisons, à faire le tour de la place, cherchent à s'appuyer à ce mur, à prendre le bras d'un passant pour ne pas s'affaïsser. Parfois ces phénomènes s'accompagnent du retentissement organique étudié par Bouveret : crampes, diarrhée nerveuse, constipation, refroidissement. Quelle que soit l'intensité de l'angoisse, un rien pourra suffire à l'atténuer ou à la supprimer entièrement : un doigt donné à un enfant, un chien marchant à côté du malade, etc. ; Legrand du Saulle (5) cite le cas d'un officier n'ayant de l'agoraphobie qu'en civil : son uniforme et son sabre suffisaient à le rassurer.

Dans quelques cas, la phobie est plus appréciable : un malade de Rouzaud présentait par exemple de la *dextrophobie* ; dès qu'une personne marchait à sa droite ou lorsqu'il longeait un mur situé à sa droite, il était pris d'une angoisse qui le clouait sur place.

La phobie de l'eau est moins fréquente ; on l'observe surtout dans les villes traversées par les fleuves : elle se traduit

(1) PEUGNIEZ et FOURNIER, Le vertige de Ménière et l'émotivité (*Rev. de méd.*, 1891).

(2) ROBERT, Agoraphobie auriculaire (*Rev. de méd. de Madrid*, 1894).

(3) GELLÉ, Étude clinique du vertige de Ménière (*Archiv. de neurol.*, 1883).

(4) LANNOIS et TOURNIER, De l'agoraphobie (*Ann. des mal. de l'oreille*, 1898).

(5) LEGRAND DU SAULLE, *La peur des espaces*, Paris, 1878.

par une angoisse au moment de franchir un pont et oblige souvent le malade à se cramponner au parapet.

**3° Psychoses.** — Le syndrome de Ménière peut enfin amorcer, chez les sujets *prédisposés*, de véritables psychoses (Lannois) (1). Celles-ci gardent alors leur physionomie habituelle; elles sont généralisées ou partielles. Elles résultent surtout d'hallucinations auditives liées aux bourdonnements. Le malade entend des voix lui faire des reproches, l'accuser, le calomnier, le menacer; quelquefois il restera conscient de son hallucination; mais le plus souvent celle-ci le conduira à un délire dépressif de culpabilité, de criminalité, de persécution. Dans d'autres cas, chez les enfants surtout, les troubles mentaux se traduisent par de l'excitation: le sujet poussera des cris, deviendra furieux, frappera ses parents, cherchera à mordre, à déchirer, se débattrra, s'agitiera, pris de terreur en face d'un danger imaginaire, etc. Ces manifestations sont parfois assez violentes pour nécessiter l'internement; d'autres fois, elles disparaissent avec le vertige, sous l'influence d'un traitement auriculaire.

Voici quelques observations dans cet ordre d'idées.

OBSERVATION XXI (LANNOIS, in *Thèse* de ROUZAUD, p. 26). — M<sup>me</sup> L..., 37 ans. C'est après une deuxième grossesse qu'elle a commencé à prendre des vertiges: elle a l'impression qu'il lui « passe quelque chose entre les jambes par derrière »; elle est comme enlevée et tombe en arrière. Il lui semble que la maison s'écroule, qu'un tourbillon l'emporte dans un trou profond, et, si on la tient, elle a la sensation que l'on tombe avec elle. Le bruit intense de l'oreille lui paraît être la chute des pierres de la maison écroulée. Elle perd rarement connaissance, mais, dans sa chute, pousse des cris désespérés, des gémissements. Les vomissements postvertigineux sont exceptionnels. Après la crise, elle est brisée comme si elle sortait d'une grave maladie et reste au lit deux ou trois jours. Assez fréquemment se déclare, environ une heure après, une période délirante d'une demi-heure. La malade ne reconnaît pas son mari, raconte des achats imaginaires qu'elle

(1) LANNOIS, Lésions de l'appareil auditif et troubles psychiques (*Rev. de laryngol.*, 1887).

aurait faits dans sa « course » et paraît même avoir des hallucinations. Les vertiges sont irréguliers, se reproduisant généralement une fois par mois, mais parfois trois fois par semaine ou même plusieurs fois par jour. Bourdonnements constants à gauche ; audition très diminuée de ce côté.

OBSERVATION XXII (LANNOIS, in *Thèse* de ROUZAUD, p. 34). — M. P..., 70 ans. Après deux ans de surdité et de bourdonnements, apparition du vertige. Chute brusque, chaleur à la tête, froid aux pieds, sensation giratoire et nausées. Le malade en tombant s'est blessé une fois à la face, mais il ne perd pas connaissance. Depuis la première attaque, il présente de l'agoraphobie sans angoisse marquée, ce qui le rend incapable de sortir seul. Son caractère s'est très modifié ; auparavant gai et d'humeur égale, il est devenu triste, taciturne, bizarre. Il se fait, par exemple, servir seul dans sa chambre, etc.

OBSERVATION XXIII (LANNOIS, in *Thèse* de Rouzaud, p. 33). — M. M..., 45 ans. Antécédents nerveux héréditaires. Était personnellement triste et sans volonté, mais non violent. Il a de temps à autre des vertiges nets, mais peu intenses, s'accompagnant de nausées et d'exagération des bourdonnements. Presque chaque fois, dès que la tête a commencé à lui tourner, il devient violent, excité. Si on lui parle, si l'on veut le « raisonner », il s'excite encore davantage, casse tout chez lui, frappe sa femme, etc. Le lendemain il est tout étonné de ce qu'il a fait. La durée de la crise varie de quelques heures à deux ou trois jours. Dans ce dernier cas, il ne se couche pas, va et vient dans la maison en gémissant et cherche à s'échapper. S'il peut y parvenir, il disparaît dans les champs ou va dormir dans une grange. Dans l'intervalle des accès, il est d'un psychisme à peu près normal, sauf un léger degré de dépression. Le vertige l'empêche presque complètement de travailler.

OBSERVATION XXIV (LANNOIS, in *Thèse* de BRUN). — M. B..., 51 ans. Ayant depuis quelque temps de légers vertiges, il fut pris à la terrasse d'un café d'un accès très violent qui le força à rester pendant plus de vingt minutes la tête appuyée sur la table qui était devant lui. Il éprouva une vive émotion et s'imagina bien à tort avoir été un spectacle pour la foule. A dater de ce moment, le malade n'a plus remis le pied sur le

pavé de Lyon. Ce ne sont pas seulement les rues et les places qui lui causent l'angoisse agoraphobique, mais encore les grands espaces clos : il ne peut aller au théâtre que dans de petites loges très proches de la scène, d'où il ne regarde jamais la salle. Ayant eu à marier sa fille, il a été pris de terreur à l'idée qu'il lui faudrait traverser en tête du cortège la grande nef de l'église. Pendant plus de trois semaines avant la cérémonie, il s'y est fait conduire et s'est habitué peu à peu, avec un domestique dont il tenait fortement le bras, à pénétrer d'abord dans les chapelles latérales, puis dans les bas-côtés et enfin dans la nef centrale. Il a d'ailleurs d'autres phénomènes phobiques : si, par exemple, il sort au bras de sa femme et qu'il entende une personne marcher derrière lui, il est obligé de la laisser passer, sinon il a de l'angoisse avec constriction et dérochement des jambes.

OBSERVATION XXV (LANNOIS, in *Thèse* de ROUZAUD, p. 36). — M. C..., 35 ans. Son vertige, intense, le précipite à terre, l'oblige à rester couché deux ou trois jours ; pendant la semaine suivante, le malade reste titubant, ne peut marcher seul, est incapable de travailler. Il a quitté son métier de verrier, a pris un comptoir de marchand de vin ; mais il est incapable de s'en occuper. Il est dans un véritable état d'hypocondrie, dans lequel il répète sans cesse à sa femme qu'il voudrait mourir. Toutefois il n'a pas l'idée de suicide. De temps en temps, il sort de son apathie pour se mettre dans de violentes colères et frappe ses enfants, ce qui n'était pas dans ses habitudes antérieures. S'il reste quelque temps sans vertige, il redevient presque normal.

OBSERVATION XXVI (in *Thèse* de ROUZAUD, p. 40). — M. C..., 31 ans. A la suite de l'apparition du syndrome, changement de caractère. Un rien irrite le malade, qui se dispute sans cesse avec sa femme. Il est incapable de fixer son attention, de lire un journal. Ses bourdonnements ressemblent à des grondements secs de tonnerre, à un roulement de tambour. Le sommeil, long à venir s'accompagne de cauchemars, d'hallucinations auditives d'autant plus intenses que le silence est plus complet autour de lui. Au réveil, l'irritabilité est extrême, mais la conscience est restée nette. Parfois le malade a des idées noires, mais il trouve dans sa volonté la force de résister aux mauvaises tentations, celle du suicide par exemple. A la vue d'une place, il éprouve un sentiment pénible d'angoisse et en fait le tour au lieu de la traverser. Sur les ponts, il craint de tomber à l'eau et s'accroche au parapet. Sa sensation vertigineuse

augmente dans un milieu bruyant, ce qui explique en partie sa misanthropie.

OBSERVATION XXVII (in *Thèse de ROUZAUD*, p. 41). — M. B..., 33 ans. Depuis qu'il a des vertiges, il est devenu hypocondriaque ; son état le plonge dans une grande tristesse. A la moindre contrariété, il s'excite et bat souvent sa femme ; il ne croit pas cependant que ses sentiments affectifs à son égard aient diminué. Les bruits extérieurs l'énervent ; il a démenagé parce que ses voisins chantaient. Le matin, il se rend au travail gai et content ; subitement le vertige arrive : ses camarades se moquent de lui, le traitant de « feignant », et las, furieux, il a envie de se suicider. « Il ne souffre pas encore assez pour le faire », mais il craint qu'une « impulsion trop forte » ne l'y amène un jour. Mémoire et attention affaiblies. Examen du système nerveux négatif.

#### VI. — Diagnostic du syndrome de Ménière.

La triade du syndrome de Ménière et les symptômes accessoires qui l'accompagnent rendent d'ordinaire assez nette son origine auriculaire. Il n'en est cependant pas toujours ainsi.

Dans les cas de syndrome apoplectiforme, accompagnés de perte de connaissance ou suivis de chute avec traumatisme et syncope, il y a place, on le comprend aisément, pour une période de doute. Mais, dès que le malade revient à lui, l'existence d'une surdité uni ou bilatérale, l'absence de signes de lésions cérébro-spinales (paralysie ou parésie, aphasie, perte de la sensibilité, troubles vésicaux, etc.) écartent vite l'idée de congestion, d'hémorragie ou d'embolie cérébrale.

La syncope, les crises d'hystérie ou d'épilepsie, l'indigestion, l'ivresse sont également caractérisées par leur allure clinique et les commémoratifs.

Dans les autres formes, surtout lorsque le syndrome n'est pas nettement accusé, la question reste souvent délicate. « Les signes d'insuffisance auriculaire, la paracousie lointaine, le vertige voltaïque et les lésions les plus évidentes ne peuvent, dit Bonnier, nous permettre une affirmation. » Même lorsque le syndrome est au complet, « il n'y a qu'une vraisemblance. La surdité et le bourdonnement sans vertige sont en effet

d'observation courante ; le vertige peut donc s'ajouter, mais rien ne prouve qu'il soit dû à la même cause ». Ces restrictions, un peu exagérées sans doute, font du moins ressortir la complexité d'un tel diagnostic.

Un point, qu'il faudra trancher tout d'abord, sera de savoir s'il s'agit bien de syndrome de Ménière, réaction d'irritation labyrinthique, et non de syndrome vestibulaire de Raymond, vertige par défaut. Ce dernier est caractérisé : 1° par l'absence de toute orientation dans les mouvements de translation ; 2° par des troubles de l'équilibre pouvant aller jusqu'à la chute ; 3° par l'absence de vertige giratoire. Le diagnostic est ici assez simple : un malade dont le vertige est dû à la paralysie de son appareil vestibulaire est-il en effet placé sur l'appareil de Mach, il ne sent pas le mouvement de rotation, n'a pas de vertige illusoire au moment de l'arrêt, ne présente pas de secousses nystagmiformes. On peut, dès lors, conclure à une lésion vestibulaire du côté de la rotation.

Nous ne pouvons naturellement songer à examiner en détail toutes les affections comptant, parmi leurs symptômes, l'élément le plus important du syndrome de Ménière, le vertige. Nous nous contenterons de les passer rapidement en revue, en indiquant, chemin faisant, les caractères qu'elles impriment à ce signe commun.

Avec Déjerine (1), nous admettons six grandes classes de vertiges : les vertiges d'origine sensorielle ou périphérique, les vertiges d'origine centrale, les vertiges dans les maladies générales, les vertiges réflexes, les vertiges névropathiques, le vertige paralysant.

#### 1° Vertiges d'origine sensorielle ou périphérique. —

Représentée surtout par le vertige auriculaire, cette classe compte encore des éléments qui seront aisément différenciés de ce dernier. Les troubles oculaires et nasaux indiquent l'origine du *vertige visuel* et du *vertige olfactif*. Le *vertige guttural*, par irritation de la région de l'isthme, est d'une localisation moins nette : il dépend souvent d'un retentisse-

(1) DÉJERINE, art. VERTIGES, in *Traité de pathologie générale* de Bouchard, t. V, p. 647.

ment de l'inflammation pharyngée sur la muqueuse tubotympanique (Gellé).

Le vertige du *tabes* est tantôt un véritable vertige rotatoire, tantôt un assemblage de sensations bizarres de déséquilibre, tantôt enfin un désordre psychique dû au trouble de la déambulation et à la crainte de tomber (Déjerine). Les symptômes classiques de l'ataxie désigneront son origine, mais ce ne sera là parfois qu'un renseignement erroné. En effet, si l'atteinte directe du nerf labyrinthique a été constatée en pareil cas par Pierret(1), les recherches de Marie et Walton(2), de Collet(3), leur montrèrent au contraire toujours des lésions de l'oreille moyenne ou interne capables d'expliquer les réactions observées. C'est là également ce que nous avons constaté chez les malades que nous avons examinés à ce point de vue.

Dans la *paralysie du facial*, la paralysie du muscle de l'étrier laissera sans contrepoids l'action du muscle interne du marteau et favorisera l'éclosion du vertige. Lannois a montré que, dans les accès de l'hémispasme facial, il pouvait y avoir un léger vertige en raison des relations de la VII<sup>e</sup> et de la VIII<sup>e</sup> paire et notamment des rapports qu'Alexander a décrits entre le ganglion de Scarpa et le ganglion géniculé.

**2° Vertiges d'origine centrale.** — Le vertige constitue un symptôme important de l'*épilepsie*. On observe du vertige rotatoire ou des phénomènes subjectifs consistant en mouvements illusoires des objets, du corps ou d'une partie de corps. Quand la crise typique suit le vertige, elle le différencie clairement du syndrome de Ménière; mais, quand l'attaque est faible, quand tout se réduit au vertige, chez les enfants surtout (Lannois et Planat)(4), le diagnostic devient bien hésitant. On sait du reste qu'il existe une épilepsie *ab aure læsa*. Enfin la coexistence du syndrome de Ménière et de l'épilep-

(1) PIERRET, Thèse de Paris, 1876, et *Revue de médecine et de chirurgie*, 1877.

(2) MARIE et WALTON, *Revue de médecine*, 1883.

(3) COLLET, *Les troubles auditifs dans les maladies nerveuses*, p. 95.

(4) LANNOIS, Syndrome de Ménière chez les enfants (*Lyon méd.*, 1893). — PLANAT, Thèse de Lyon, 1894-1895.

sie peut se rencontrer. On sera donc très réservé dans les cas douteux, et l'on demandera la certitude à un examen répété.

Les *tumeurs cérébrales* ou *cérébelleuses* comptent le vertige, et souvent aussi de la céphalée, des vomissements, des syncopes, dans leur symptomatologie. Elles agissent par irritation directe du nerf ou du noyau vestibulaire ; il paraît cependant exagéré d'affirmer qu'il en soit toujours ainsi, et il semble que les tumeurs, celles du vermis notamment, peuvent donner lieu au vertige par elles-mêmes (Lannois). Cette manifestation est particulièrement intense dans le cas de participation de l'écorce des circonvolutions cérébrales ; elle se montre volontiers sous forme de vertige épileptique. Dans les tumeurs du cervelet, le vertige revêt le type rotatoire et existe aussi bien dans le décubitus que dans la station debout ; la démarche cérébelleuse rappelle, comme nous l'avons vu, celle du syndrome de Ménière. Mais la surdité observée dans ce dernier existe rarement avec les tumeurs cérébelleuses ; les bruits subjectifs stridents font constamment défaut, tandis que le sujet éprouve une céphalée occipitale profonde. Si le néoplasme s'étend du côté du quatrième ventricule et coupe les racines de l'acoustique, il peut se produire de la surdité vraie, mais il y a grande chance alors qu'il se soit fait en même temps des phénomènes significatifs de compression des nerfs moteurs de l'œil et du ralentissement du pouls. Le nystagmus, lorsqu'il existe, se ferait du côté de la lésion.

Le vertige est fréquemment un signe prodromique de l'hémiplégie ou de l'épilepsie *syphilitique* ; il apparaît sous forme de vertige rotatoire ou sous celle de sensation d'instabilité, d'obnubilations lumineuses, de bourdonnements d'oreilles ; il s'associe à des troubles transitoires de la motilité, à des absences (Déjerine). Des signes de méningite basilaire font alors rarement défaut, tandis que le sifflement précoceur, fréquent dans le syndrome de Ménière, manque toujours.

Le vertige est encore un prodrome de l'hémorragie et du ramollissement cérébral, un symptôme de l'abcès cérébral, de la sclérose en plaques, de la méningite cérébro-spinale, de la paralysie générale, de la typhémanie, de la chorée de

*Huntington*, des *insuffisances* mitrale, tricuspide, aortique, de l'*anémie* aiguë ou chronique. Dans tous ces cas, l'examen du malade rapportera le vertige à sa véritable cause.

Le vertige de l'*athérome* est, pour Déjerine, le plus fréquent des vertiges. Il semble dû à l'ischémie et revêt toutes les formes de l'état vertigineux habituel, allant de la simple sensation de dérochement du sol à la titubation, à la chute et à l'apoplexie avec coma. Grasset, qui a particulièrement appelé l'attention sur la « claudication intermittente du bulbe » par ischémie et insuffisance fonctionnelle transitoire, distingue trois types du vertige des artérioscléreux : vertige simple, vertige avec attaques apoplectiformes, vertige avec pouls lent permanent et crises épileptiformes et syncopales.

Bonnier a insisté également sur les manifestations auriculaires imputables aux variations de la pression circulatoire dans le labyrinthe lui-même ; il a été ainsi conduit à attribuer au rein, frappé d'un trouble passager ou d'une lésion définitive, un grand nombre de cas de syndrome de Ménière et à isoler ainsi le *vertige néphrasténique*, l'*oto-brightisme*. « Le rapprochement de ces deux appareils paraît, dit-il, tout d'abord inattendu. » On sait, en effet, que Schwalbe a décrit dans l'oreille interne, dans le limaçon notamment, de véritables glomérules formés par les flexuosités terminales des rameaux artériels. Des terminaisons artérielles, recouvertes d'un sac endothélial, se retrouvent encore dans la formation des espaces sous-arachnoïdiens. Par l'intermédiaire de ce système glomérulaire, il se fait dans le sac endothélial une véritable sécrétion qui constitue le liquide céphalo-rachidien et le liquide labyrinthique. « Qu'une affection artério-endothéliale généralisée s'attaque à l'ensemble de ces appareils, et le rein, qui doit s'opposer au passage de l'albumine, la laissera passer dans l'urine, et les capsules labyrinthiques et sous-arachnoïdiennes, qui la laissent filtrer à l'état normal, la recueilleront en excès. Que pour une raison analogue les capsules des centres nerveux reçoivent les produits toxiques, normaux ou accidentels, de l'urine, les poissons bactériens ou autres, et nous aurons des symptômes variés d'irritation labyrinthique et des symptômes d'irritation corticale variables

selon le siège de l'imprégnation. De même si, par lésion de l'endartère, par paralysie vasculaire, par trouble sécrétoire, nerveux ou mécanique, le liquide séreux passe en excès dans les capsules endothéliales, il se produira ici de la polyurie, de la pollakiurie, là du bourdonnement, de la surdité, de l'oppression labyrinthique, du vertige, etc.; là enfin des troubles psychiques, ou moteurs, ou cortico-sensoriels. »

Cliniquement, Bonnier a constaté très souvent une certaine quantité d'albumine chez un grand nombre de malades atteints de syndrome de Ménière et a pu agir efficacement sur leurs troubles en modifiant la circulation générale et, par suite, la circulation labyrinthique. Il a trouvé souvent aussi d'abondants dépôts albumineux dans les autopsies d'oreilles de néphrétiques, de leucémiques, de fébricitants de toute catégorie.

L'examen complet du malade sera donc très important en semblable occurrence, et l'on n'oubliera pas d'analyser les urines. Le diagnostic sera facile si l'on a affaire à un sujet n'ayant pas encore l'âge de l'artériosclérose ou s'il existe des signes nets de brightisme ou d'insuffisance rénale transitoire. Il en ira tout autrement si, sous l'influence des troubles circulatoires, il s'est produit une hémorragie, une « épistaxis du labyrinthe », suivant l'expression de Bonnier.

Parfois enfin, l'artériosclérose, qui est souvent à l'origine des troubles rénaux, peut également toucher directement les artères de l'oreille interne et ne pas se contenter d'agir à leur niveau par l'intermédiaire de la circulation. Escat (1) a spécialement insisté sur ces faits d'*otosclérose à début labyrinthique* produisant le syndrome de Ménière. Si le malade est à l'âge où les artères sont suspectes, le diagnostic est particulièrement délicat. L'artériosclérose labyrinthique et l'otosclérose labyrinthique s'accompagnent en effet de signes d'hypertension artérielle. Les caractères de l'hypoacousie pourront être identiques : les trous dans l'échelle des sons et la diminution plus prononcée de l'audition pour les sons aigus que pour les sons graves sont des phénomènes communs à toutes

(1) Escat, Artériosclérose du labyrinthe et des centres acoustiques (*Ann. des mal. de l'oreille*, avril 1906, p. 325).

les labyrinthites chroniques; toutefois, au début de l'otosclérose, il y a une phase d'éréthisme pendant laquelle la perception des sons aigus est exaltée; dans l'artériosclérose labyrinthique, les sons aigus sont au contraire pris d'emblée.

Le *syndrome du noyau de Deiters*, décrit par Bonnier, est lui aussi lié quelquefois aux troubles circulatoires de l'artériosclérose; ordinairement il se rencontre dans la forme labyrinthique du tabes, dans les lésions protubérantielles et surtout quand le bulbe est déjà touché au niveau des noyaux du pneumogastrique. Il est constitué essentiellement par : 1° du vertige plus ou moins intense et brutal, avec ou sans représentation consciente sous forme de sensation vertigineuse; 2° l'effondrement par dérobement des jambes comme chez le tabétique ou le vertigineux labyrinthique, ce qui s'explique par les relations du noyau vestibulaire avec le cervelet; 3° des troubles oculo-moteurs réflexes (paralyisie ou parésie de la VI<sup>e</sup> paire, déviation conjuguée, nystagmus, etc.); 4° un état nauséux et anxieux bien connu dans les lésions bulbaires, depuis les leçons de Brissaud; 5° des phénomènes auditifs passagers que Bonnier attribue à la lésion concomitante de certaines fibres de la racine auditive; 6° des manifestations douloureuses dans le domaine du trijumeau, notamment à la région temporale (Dieulafoy), par l'entrée en connexion du noyau de Deiters avec des collatérales de la racine sensitive du trijumeau.

**3° Vertige dans les maladies générales et les intoxications.** — On rencontre souvent un vertige plus ou moins marqué parmi les symptômes des maladies infectieuses aiguës (fièvre typhoïde, paludisme, fièvre jaune, peste, grippe, variole, scarlatine, oreillons, pneumonie, etc.), les auto-intoxications (goutte, urémie, diabète, dilatation d'estomac, etc.), et les intoxications (champignons, digitale, ergot, plomb, cuivre, arsenic, tartre stibié, narcotiques, solanées, tabac, pelletérine, quinine, salicylate de soude, acide carbonique, oxyde de carbone, hydrogène carboné, gaz d'éclairage, alcool, essences, etc.). Ces états pathologiques agissent par leurs produits toxiques sur les appareils sensitifs périphériques ou centraux, soit directement ou indirectement par les modifications qu'ils

amènent dans la pression sanguine, soit par les variations d'irritation de l'appareil labyrinthique qu'ils entraînent, soit par les variations d'irritation des appareils centraux ; d'autres fois, ils localisent leur irritation phlegmasique sur certains territoires nerveux (Déjerine). Tous les degrés de vertige peuvent s'observer. Le diagnostic dépendra de l'examen du malade et des commémoratifs.

**4° Vertiges réflexes.** — Avant et même après Ménière, le *vertige stomacal* occupait dans la classe des vertiges une place prépondérante : l'influence de Trousseau, l'importance clinique des phénomènes accessoires du syndrome (nausées, vomissements), contribuèrent à en assurer la survivance. Mieux éclairés aujourd'hui, nous attribuons au labyrinthe un grand nombre de faits autrefois considérés comme du ressort de la pathologie gastrique. Les affections stomacales peuvent provoquer, surtout sur des oreilles en imminence morbide, des phénomènes labyrinthiques par troubles circulatoires, congestion ou anémie, par auto-intoxication, par l'intermédiaire d'un état neurasthénique, par transmission jusqu'aux organes centraux des excitations produites par la distension du vague et du sympathique (Hitzig); elles n'engendrent pas directement le vertige.

Le vertige de l'*ictus laryngé* est suffisamment caractérisé par les phénomènes laryngés qui l'accompagnent.

On cherchera de même à localiser les vertiges réflexes à point de départ *hémorroïdal, vésical, génital, cutané, dentaire*, etc., agissant par retentissement vestibulaire.

**5° Vertiges névropathiques.** — La *neurasthénie*, dans sa forme vertigineuse (Charcot), simule parfois assez bien le syndrome de Ménière. Elle détermine tantôt, mais rarement, un état analogue à la forme continue de ce dernier, tantôt des accès intermittents apparaissant surtout à jeun ou après les repas. Le malade éprouve d'abord une obnubilation de la vue, des bourdonnements d'oreille, une sensation de vide dans la tête ; puis il a l'impression d'être entraîné en avant, en arrière ou latéralement, il titube. Parfois même, comme dans

le syndrome de Ménière, il lui semble que le sol se soulève pour s'abaisser ensuite (Dutil); mais ces impulsions n'ont pas la même soudaineté. Les accès s'accompagnent quelquefois de nausées; ils ne durent guère plus de quelques minutes et laissent le malade dans un état d'abattement transitoire. La moindre intensité des symptômes principaux du syndrome, le meilleur état de l'audition notamment, la présence des signes de la neurasthénie se chargeront du diagnostic.

Krafft-Ebing attribuait le vertige des neurasthéniques à des troubles vaso-moteurs amenant une diminution de la pression labyrinthique. Pour Binswanger, il s'agirait d'une sensation paresthésique provenant d'irradiations d'autres sensations, générales ou visuelles. Hitzig compare les accès à ceux qui se manifestent dans l'hypocondrie et l'auto-suggestion. Le point de départ du vertige résiderait dans une viciation de l'une de nos fonctions psychiques les plus essentielles, la sensation de nous-même, qui, normalement, ne franchit pas le seuil de la conscience; sous des influences morbides, les excitations physiologiques qui affluent vers l'écorce cérébrale, et dont elle dépend, se transformeraient en états de conscience pathologiques; plus l'attention se porte ensuite sur ces derniers, plus large devient leur place dans la conscience (Hitzig).

Rappelons enfin que c'est en raison de l'importance du vertige dans la neurasthénie que J. Tissier a considéré celle-ci comme un syndrome cérébelleux.

La réalisation du syndrome de Ménière par l'hystérie (1) est des plus rares; elle ne saurait cependant faire de doute; l'existence de cette modalité clinique a été bien démontrée par Charcot et Gilles de La Tourette. La manifestation hystérique sera, comme le dit Charcot, le tableau le plus complet du syndrome. On y retrouvera la triade fondamentale; les nausées, les vomissements, l'état demi-syncopal ou la perte de connaissance complète s'y ajouteront parfois.

Tout cela se passe avec des oreilles absolument saines.

Gilles de La Tourette croit ce paroxysme sous la dépendance d'une zone hystérogène du tympan ou de la muqueuse

(1) Pour plus de détails, voir F. CHAVANNE, *Oreille et hystérie*, p. 212.

de la caisse; c'est là, en effet, un mécanisme, mais l'existence de cette zone hystérogène n'est pas constante.

L'hystérie sera révélée ici par la coexistence d'autres stigmates de la névrose, par la constatation du syndrome otique de l'hystérie, par la fugacité du phénomène, par la disparition ordinairement rapide de la surdité.

Enfin la guérison, qui se produira spontanément ou sous l'influence de la suggestion, viendra affirmer la nature hystérique du syndrome.

Quand le syndrome de Ménière apparaîtra à la suite d'un traumatisme, on restera longtemps en garde contre l'hystéro-traumatisme, ou la simulation.

**6° Vertige paralysant.** — Le vertige paralysant a été étudié par Gerlier dans le pays de Gex et identifié par Miura avec une maladie connue au Japon sous le nom de *kubisagari*. Ici le vertige est subit et s'accompagne de phénomènes oculaires (obnubilation de la vue, diplopie, photopsie), de parésies transitoires (ptosis, paralysie des muscles de la nuque, parésie des membres inférieurs pouvant amener la chute, etc.), de douleurs vertébrales (faux torticolis, faux lumbago), de névralgies (frontales, sus-orbitaires), de sensations périphériques (tension des épaules, constrictions de l'avant-bras et des poignets).

La combinaison des troubles oculaires avec les autres symptômes entraîne trois types cliniques : 1° type de l'endormi, dans lequel le ptosis domine; 2° type du recueillement, quand il est associé à la paralysie des extenseurs de la tête; 3° type de l'aveugle ivre, si la paralysie des membres inférieurs est surajoutée. L'accès est de courte durée, de une à dix minutes; mais il peut se reproduire en crises subintrantes durant de une à plusieurs heures. Cette affection ne se présente que pendant l'été, atteint surtout des cultivateurs; Gerlier la considère comme une névrose d'origine infectieuse, analogue au tétanos, mais guérissant le plus souvent spontanément, quitte à récidiver à la prochaine saison chaude.

## VI. — Évolution du syndrome de Ménière.

L'énorme quantité de facteurs étiologiques susceptibles de provoquer la réaction irritative du labyrinthe qu'est le syndrome de Ménière rend suffisamment compte de la variété de son allure clinique.

Toutes les transitions existent, de l'état vertigineux à peine esquissé à l'apoplexie auriculaire. Toutes les évolutions se rencontrent. L'affection débute brusquement, de façon foudroyante, ou est au contraire précédée de phénomènes insidieux (vertige léger et transitoire, bourdonnements passagers, migraine otique, etc.) pendant des mois, des années. Tantôt la maladie, après une entrée en scène paroxystique, se continue en forme fruste; tantôt la marche est lentement progressive, entrecoupée de stades d'amélioration, de stationnement plus ou moins longs, durant des semaines, des mois, des années. Dans certains cas, le labyrinthe reste définitivement frappé, le malade voué d'emblée à la surdité, à une vie de vertiges et de bourdonnements; dans d'autres, il se produit une amélioration, partielle le plus souvent, ou la guérison, si la lésion est de peu d'importance, si le caillot se résorbe. Dans les hémorragies labyrinthiques elles-mêmes, on rencontrera les aspects symptomatiques les plus divers, suivant que l'inondation aura été légère ou grave, diffuse ou circonscrite (Moure). Quand le labyrinthe est envahi en entier, les symptômes seront naturellement très accentués; un vertige intense oblige le malade à rester au lit parfois plusieurs semaines; la surdité, les bourdonnements sont extrêmes et persistent ensuite, tandis que cesse le vertige. S'agit-il au contraire d'une hémorragie circonscrite, ce sera tantôt l'un, tantôt l'autre des trois symptômes primordiaux qui prédominera, au point, disent Moure et Brindel (1), « de permettre au clinicien un peu habitué à ces sortes d'accidents de reconnaître à peu près exactement le lieu dans lequel s'est affectué l'épanchement sanguin ». La surdité sera moins marquée avec une lésion des canaux semi-circulaires; le vertige, moins accentué dans les altérations du

(1) MOURE et BRINDEL, *Maladies de la gorge*, etc., 1908, p. 658.

limacon, tiendra au contraire le premier rang quand le vestibule sera intéressé.

Le vertige le plus grave finit lui-même par disparaître tôt ou tard, malheureusement plus souvent tard que tôt, par suite de la destruction des canaux semi-circulaires ; il est assez fréquent, en effet, de rencontrer des malades ayant eu pendant un, cinq, dix ans, des vertiges avec bourdonnements et hypoacousie et ne conservant plus qu'une surdité plus ou moins intense et des bruits subjectifs. Ceux-ci s'évanouissent enfin, mais c'est le plus généralement avec la mort complète du labyrinthe, et les malades paient d'une surdité absolue la terminaison de leur supplice. C'est la triste fin où tendent, après bien des améliorations et des rechutes, les formes chroniques graves du syndrome de Ménière : les oscillations de leur marche sinusoidale expliquent bien des déboires et aussi bien des succès de la thérapeutique.

---

## LES PARESTHÉSIES PHARYNGÉES

par **Maurice BOULAY** et **H. LEMARC HADOUR** (de Paris) (1).

(Suite et fin.)

## ÉTIOLOGIE.

Il nous faut distinguer deux sortes de causes aux paresthésies pharyngées : les causes prédisposantes, qui mettent le malade dans les conditions favorables à l'éclosion de ces phénomènes, et les causes provocatrices, qui font germer sur ce terrain préparé la floraison malade des idées parasites et des obsessions phobiques.

Une angine qui, chez un sujet pleinement normal, sera terminée en huit jours, laissera, chez un sujet prédisposé, une obsession qui pourra durer des années.

L'angine aura été sans aucun doute la cause provocatrice de la phobie, mais la cause essentielle en est la prédisposition psychique, le terrain spécial, l'état mental particulier.

**I. Causes prédisposantes.** — Ce sont toutes les conditions d'hérédité, tous les accidents personnels qui diminuent la valeur du système nerveux et tendent à créer l'état neurasthénique, à tous ses degrés depuis l'émotivité à peine anormale jusqu'aux états délirants. Il n'y a pas de barrière entre les divers états psychologiques, il n'y a que des degrés, parfois même de simples nuances.

Il s'agit d'une atteinte légère ou grave portée aux qualités les plus élevées de l'esprit, à la volonté et à la raison. Aussi trouverons-nous, sans en être surpris, dans l'étiologie de ces états psychiques, une large place occupée par les causes morales.

L'esprit est souvent la dupe du cœur, a écrit un philosophe chagrin du grand siècle : nous verrons souvent chez nos

(1) Voir le numéro de mai.

malades les émotions pénibles troubler leur raison et préparer cette erreur des sensations, ce mensonge qui est l'état paresthésique.

A. CAUSES HÉRÉDITAIRES. — La faiblesse nerveuse dont il s'agit est acquise ou congénitale.

Nos ascendants nous lèguent de bons ou de mauvais organes : nous connaissons aujourd'hui l'hérédité rénale, l'hérédité hépatique, que l'on vient d'étiqueter cholémie familiale; il y a aussi une hérédité nerveuse bien nette. Il y a des gens qui naissent avec un état de faiblesse générale, avec un potentiel nerveux insuffisant.

Chez certains, la résistance organique et nerveuse est tout juste suffisante pour faire face aux parcimonieuses dépenses physiques et psychiques d'une vie sans fatigues et sans traverses; mais ils ne sauraient fournir ni supporter un effort. La plus petite fatigue, le plus léger chagrin suffisent à les mettre en moindre résistance, à les faire sombrer dans la neurasthénie.

Chez d'autres, le capital énergie nerveuse est si faible qu'il ne peut suffire aux fatigues de la vie journalière, et la dépense qui les conduit à l'épuisement, à la faillite, nous échappe. Ce sont des malades qui, selon l'expression vulgaire, naissent fatigués.

Le sens vers lequel évoluent les troubles nerveux chez ces malades est un fait de circonstances et d'orientation personnelle; ils seront des paresthésiques de la gorge, de l'estomac, à moins que ce ne soit de la vessie. Souvent même les phobies alternent ou se surajoutent; ou bien encore les troubles émotifs phobiques remplacent les obsessions purement idéatives, les scrupules, les ruminations mentales.

La faiblesse nerveuse héréditaire, comme le dit Huchard, est parfois isolée, les autres systèmes présentant plus de résistance; souvent aussi elle fait partie d'un syndrome complexe de faiblesse organique, d'hyporésistance totale, où les troubles vasculaires héréditaires jouent un grand rôle.

La prédisposition congénitale aux troubles névropathiques ne dérive pas toujours exclusivement des ascendants, elle

peut aussi émaner de l'individu lui-même sous l'influence de tares ou de maladies subies accidentellement pendant la vie fœtale ou pendant la toute première enfance. Suivant l'expression imagée de Lasègue, dans ce cas, le malade hérite de lui-même. Il faut faire la part de cette seconde hérédité, mais la limiter aux accidents intra-utérins ou de la toute première enfance, sous peine de comprendre dans cette hérédité toutes les maladies qui peuvent frapper l'individu.

B. CAUSES ACQUISES. — Ceci nous est une toute naturelle transition pour aborder le rôle considérable des infections dans la préparation du terrain nerveux.

Toutes les infections un peu graves peuvent laisser après elles un organisme en détresse et une faiblesse générale physique et nerveuse ; la fièvre typhoïde, les gripes sévères en particulier peuvent être retrouvées souvent à l'origine de la faiblesse nerveuse.

Les pyrexies de l'enfance, par l'état d'affaiblissement dans lequel elles laissent les malades, jouent le même rôle ; l'asthénie qui suit les infections graves remplit un rôle très important dans la constitution de cet état aboulique que nous avons défini.

A côté des infections médicales, il faut faire une très large place aux infections chirurgicales. Depuis longtemps, cette question de l'influence des infections sur l'état mental occupe les aliénistes. Picqué a très particulièrement étudié ce point très important. Il a montré dans de très intéressantes études que toutes les infections chirurgicales, toutes les suppurations chroniques peuvent agir sur le système nerveux et donner naissance à des troubles mentaux chez les prédisposés. Toubert (1), dans les mémoires de notre Société, nous a rapporté des cas de troubles psychiques chez les porteurs de suppurations d'oreille.

Les plus fréquentes de ces psychoses sont les psychoses

(1) TOUBERT, Influence de la cure des otites suppurées sur certaines affections mentales concomitantes (*Mém. de la Soc. franç. de laryngol.*, 1907).

puerpérales. Un grand nombre de femmes présentent des infections apyrétiques *post partum*, qui entraînent de la mélancolie. On envoie ces malades dans les asiles, où une intervention chirurgicale faite en temps voulu les guérit de leur infection utérine et de leur mélancolie. Si l'on tarde, si l'on ignore la cause de ces mélancolies, elles passent à la chronicité, et la malade devient une démente définitive.

De nombreux états anxieux sur lesquels se greffent nos paresthésies sont ainsi commandés par des infections chirurgicales.

L'infection ne suffit pas pour créer l'état anxieux, il faut aussi le terrain. L'infection, dit le professeur Joffroy à propos des délires puerpéraux, n'engendre le délire que grâce à la prédisposition délirante (dégénérescence mentale). Si la malade ne présente aucune tare héréditaire, elle fera de l'infection puerpérale, mais pas de folie puerpérale. Nous trouvons toujours cette influence maîtresse du terrain que nous avons signalée.

Si les suppurations peuvent retentir sur le système nerveux par intoxication de ses éléments et créer de la sorte un état anxieux, certaines affections chirurgicales non suppuratives peuvent entraîner des résultats analogues par un autre mécanisme.

La douleur est mauvaise conseillère, et la souffrance durable, même peu violente, peut à la longue éprouver la résistance nerveuse. Le varicocèle, les hémoroïdes donnent souvent naissance à un état d'irritabilité et de tristesse qui ne demande qu'à devenir une anxiété systématisée, une phobie, une paresthésie pharyngée ou autre.

Le rein flottant joue dans cette catégorie de faits un rôle de premier plan. Ce rôle a frappé les chirurgiens; notre maître Championnière (1), qui l'a particulièrement étudié, a fait ressortir les heureux résultats de la fixation du rein pour la guérison des troubles mentaux si fréquents dans cette maladie.

(1) LUCAS-CHAMPIONNIÈRE (JUST.), Rein mobile et tiraillement des capsules surrénales; accidents nerveux et folie; fixation du rein (*Journ. de méd. et de chir. pratique*, mai 1903).

Avec juste raison, il écarte la théorie de la folie urémique par hydronéphrose consécutive au déplacement et fait jouer le rôle essentiel au tiraillement des plexus nerveux sympathiques des capsules surrénales. Nous retrouvons la cause étiologique si fréquente de l'irritation du grand sympathique.

Un rôle plus fréquent encore est dévolu aux intoxications, surtout aux auto-intoxications; les intoxications gastro-intestinales sont les plus répandues.

Les neurasthéniques sont souvent, très souvent même, des surmenés de l'estomac et de l'intestin, avec constipation ou diarrhée fétide, clapotement stomacal, fermentations entraînant de petites poussées fébriles, des éruptions cutanées, un état saburral habituel. Les nerveux surajoutent à ces troubles réels des apports obsédants et deviennent des dyspeptiques.

Souvent nos malades sont atteints de colite muco-membraneuse. Mathieu, Germain Sée, Langenhagen, Trémolière ont signalé l'origine névropathique de la colite muco-membraneuse. Pour eux, l'insuffisance nerveuse serait la première en date, et l'insuffisance intestinale en serait la conséquence. Pour d'autres, l'insuffisance nerveuse serait commandée par l'insuffisance intestinale. En tout état de cause, pour employer la pittoresque expression de Janet et Raymond, il y a à la fois chez certains malades, parmi lesquels se recrutent les nôtres, il y a, disons-nous, à la fois atonie intestinale et atonie cérébrale. Quelle est l'action réciproque de l'élément nerveux sur l'atonie gastrique et intestinale, quelle est celle de l'auto-intoxication sur les éléments nerveux, il est bien difficile de le définir.

Les auto-intoxications gastro-intestinales ne sont pas les seules à retenir sur le système nerveux et à le mettre en état de moindre valeur et d'hypotension malade.

Les auto-intoxications urémiques ont aussi fréquemment la même influence, non pas l'urémie bruyante qui conduit à l'obnubilation délirante, mais l'urémie larvée ne se révélant que par les petits signes du brightisme. C'est l'urémie avec filtre rénal peu ou pas atteint, mais système cardiovasculaire médiocre. Huchard a souvent insisté sur la valeur de l'état des artères dans la constitution de la famille névropathique.

Il confond dans un étroit cousinage, avec juste raison, croyons-nous, les artérioscléreux et les psychasthéniques.

Nous verrons tout à l'heure, à propos du rôle étiologique de l'âge, l'influence de certaines intoxications par trouble dans le fonctionnement des glandes à sécrétion interne : ovaires, testicule, corps thyroïde, etc., au moment de la puberté, de la grossesse et de la ménopause.

F. Heckel (1) fait jouer un grand rôle à l'arthritisme dans l'étiologie des paresthésies pharyngées. L'arthritisme est en effet la diathèse des auto-intoxications ; il donne naissance à des troubles vaso-moteurs et sécrétoires, qui peuvent être l'origine de sensations périphériques que l'arthritique a tendance à déformer en troubles paresthésiques. L'arthritisme touche le système nerveux comme les autres organes, et la neurasthénie est la conséquence de cette diathèse au même titre que la dyspepsie, l'insuffisance hépatique ou rénale.

Nos malades seront donc très souvent des neuro-arthritiques.

À côté des intoxications autochtones, il faut réserver une place aux intoxications étrangères à l'organisme : intoxications professionnelles, par le plomb notamment, dont nous savons la regrettable prédilection pour le système nerveux (hystérie saturnine).

Qui méconnaîtrait l'influence aussi fréquente que néfaste et manifeste de l'alcool, de la morphine et de la cocaïne ?

Ce sont là notions classiques sur lesquelles il est inutile d'insister.

C. INFLUENCE DU SEXE. — Les troubles paresthésiques sont un peu plus fréquents chez la femme que chez l'homme, et cela pour des causes physiques et des causes morales.

La femme naît avec une résistance organique et nerveuse moindre que celle de l'homme ; les fatigues et la maladie épuisent donc plus vite son potentiel nerveux.

La vie physiologique de la femme comporte des changements d'état, des métamorphoses, qui modifient profondément

(1) F. HECKEL, Le pharynx des arthritiques (*Presse thérapeut.*, 1904).  
ANNALES DES MALADIES DE L'OREILLE ET DU LARYNX, T. XXXIV, N° 6, 1908. 46

ses conditions physiques et morales et retentissent puissamment sur son système nerveux. Ces changements sont la puberté, la grossesse et son corollaire l'allaitement; enfin la ménopause, qui vient conclure la vie sexuelle, avec parfois de dangereuses secousses.

La puberté, chez l'homme, est une crise aussi, mais elle n'a pas la même importance que chez la femme.

C'est dans la souffrance physique que la fillette, sans sexe défini, se forme pour la maternité future, et il n'est pas jusqu'à l'affirmation première de sa féminité définitivement éclos qui ne puisse parfois troubler son cerveau mal préparé. Souvent, l'apparition des premières règles donne naissance à une terreur qui est le départ d'un état anxieux particulièrement propice à la constitution des phobies.

En dehors des souffrances, la puberté est une véritable auto-intoxication d'origine génitale.

Cette auto-intoxication retentit de façon particulièrement violente sur le système nerveux. Les trois quarts des névroses peuvent être considérées comme des névroses de la puberté chez la femme. « Les naturalistes ont beaucoup insisté sur les métamorphoses remarquables qui caractérisent l'état d'un grand nombre d'animaux au moment de l'évolution des produits sexuels, et qu'on appelle des métabolies. Ils ont montré que ces métabolies étaient constituées principalement par une régression de l'organisme, une destruction de beaucoup d'organes primitivement élaborés, destruction qui, lorsque la métabolie est complète et heureuse, est suivie d'une régénération d'organes souvent plus parfaits. Cette période critique est évidemment en rapport avec un état de malaise, de souffrance de l'organisme.

« Ce malaise se manifeste par la diminution remarquable de l'émission de l'acide carbonique au début des métabolies, si bien qu'on a pu rattacher ces phénomènes à de véritables asphyxies (1). »

Chez la femme, se passent des faits analogues, signalés par Marro, avec diminution de la quantité d'acide carbonique

(1) F. HOUSSAYE, *La forme et la vie*, 1900.

éliminée pendant les règles, qui sont une esquisse mensuelle de rénovation, de rajeunissement métabolique (rénovation de la muqueuse utérine) (1).

« Dans l'espèce humaine, comme chez les animaux, quand la maturation des produits sexuels se fait tardivement et trop hâtivement, il y a une auto-intoxication à laquelle l'organisme ne s'habitue qu'à la longue : cette intoxication doit jouer un rôle dans cette diminution d'activité du système nerveux que l'on observe chez ces malades (2). »

Chez la femme, chaque époque menstruelle, puberté en miniature, renouvelle les possibilités d'intoxication du système nerveux par l'état de déchéance temporaire qu'elle entraîne, et les troubles phobiques peuvent à ce moment envahir le champ de la conscience.

La vieille sagesse des peuples savait depuis longtemps ce que nous expliquons aujourd'hui scientifiquement et donnait, dans la formation des troubles nerveux, une très grande importance aux émotions à l'époque des règles.

La grossesse entraîne aussi un état physiologique et mental particulier, état dans lequel les auto-intoxications jouent un rôle important.

Rappelons rapidement l'activité nouvelle, pendant la grossesse, des glandes à sécrétion interne : thyroïde, pituitaire, capsules surrénales, dont l'hyperfonctionnement se révèle par les pigmentations, véritable Addisonisme temporaire.

Ajoutons à tout ce qui précède les fatigues de l'allaitement, et nous aurons évoqué le tableau complet du rôle considérable de la vie sexuelle dans la pathologie de la femme, et dans sa pathologie mentale en particulier, où les psychoses génitales jouent un grand rôle, classique dans l'art lui-même et popularisé dans la folie de la Marguerite de Faust.

Les causes morales contribuent aussi à faire de la femme une proie facile pour la neurasthénie.

Dominée par la vie sexuelle au point de vue physique, ses besoins affectifs de mère, d'épouse et d'amante la livrent aux

(1) MARRO, *La puberté chez l'homme et chez la femme*, 1902.

(2) RAYMOND et JANET, *Obsessions et psychasthénies*, t. II.

inquiétudes des maladies, des deuils et des abandons. Fortunée, l'oisiveté de la vie des femmes la laisse sans défense contre les rêveries déprimantes, cette avenue des idées malades et des émotions pathologiques.

Pauvre, son organisme moins robuste que celui de l'homme résiste mal au double surmenage physique et moral du travail et du chagrin.

Il n'est pas jusqu'aux lois qui, en faisant de la femme une éternelle mineure, ne la condamnent à l'habitude d'esprit et de cœur d'être dirigée et soutenue ; la perte de l'appui nécessaire à sa quiétude entraîne un véritable effondrement physique et moral, un déséquilibre éminemment favorable à l'éclosion des névroses et des psychoses.

La ménopause, enfin, en marquant la fin de ce qui fut le rôle essentiel, physiologique et psychique, de la vie de la femme, entraîne des conséquences physiques et morales comparables à celles de la puberté. Nous retrouvons les mêmes phénomènes d'ordre toxique, les mêmes troubles douloureux, les mêmes anxiétés viscérales, avec un sentiment de tristesse, de diminution, de déchéance qui est le terrain prédisposé aux phobies, aux troubles sensoriels, aux algies de toute nature ; c'est l'âge des faux cancers de l'utérus, de l'estomac, de la gorge.

D. INFLUENCE DE L'ÂGE. — Nous avons longuement insisté sur l'importance de la puberté ; son influence, surtout considérable chez la femme, s'exerce aussi cependant chez l'homme, bien qu'à un moindre degré.

Les paresthésies pharyngées sont beaucoup plus fréquentes chez l'enfant qu'on ne le croit en général. Les algies les mieux connues chez eux sont les algies des membres, les pseudo-coxalgies, les boiteries, les douleurs de croissance ; les chutes sont les continuels appels de ces interprétations phobiques.

Cependant, pour qui veut interpréter les faits cliniques, les troubles paresthésiques, les erreurs pharyngées sont très fréquents dans le jeune âge.

Que de toux quinteuses, convulsives, sont des tics que

guérissent un attouchement du cavum, alors que tous les sirops calmants avaient échoué.

La question importante des faux adénoïdiens, si fréquents, et si facilement curables par une gymnastique appropriée, par un entraînement bien conduit ressortit à notre sujet. Nous rapportons quelques cas typiques de ces troubles fonctionnels psychiques dans nos observations.

L'hystérie est le mécanisme mental le plus souvent rencontré chez les enfants. Dans le jeune âge, comme il est facile de le supposer, l'usure de la vie n'a guère le temps de faire des neurasthéniques, tandis que la personnalité de l'enfant si mal établie, si diverse, si instable, est toujours sur les confins du dédoublement.

Une autre caractéristique de cet âge est le faible pouvoir d'inhibition; l'enfant continue indéfiniment ce qu'il a commencé : c'est l'origine des mauvaises habitudes et le secret des résultats des bonnes éducations.

C'est l'époque par excellence des *tics*. L'enfant a, en effet, une grande propension au tic : tic de la gorge, tic de la face, des membres, onychophagie, etc.

Une poussée inflammatoire a donné naissance à de la toux ; longtemps après la guérison des phénomènes congestifs et sécrétoires, l'enfant continue à tousser. L'examen objectif ne révèle rien ; plusieurs médecins ont vainement ausculté le malade ; on a songé à de l'adénopathie trachéo-bronchique ; il n'y a rien qu'un trouble paresthésique, qu'un souvenir, qu'une sensation de fausse présence avec un tic.

Les oculistes savent combien sont fréquents les tics des paupières après les conjonctivites ; les tics de la gorge, raclements, toux, ne le sont pas moins.

C'est là le triomphe de la suggestion persuasive des gymnastiques rééducatrices, de toutes les méthodes qui disciplinent l'attention si volage de l'enfant.

Nous avons vu l'influence de la ménopause chez la femme ; chez l'homme, la plus grande fréquence des troubles nerveux pharyngés s'observe entre quarante-cinq et cinquante ans, à l'âge que nous définirons l'âge de la retraite.

Cette prédominance est faite de facteurs physiques et de

facteurs moraux. Les facteurs physiques sont le surmenage, la somme totalisée des fatigues et des efforts d'une vie de travail.

Le facteur moral est souvent la douloureuse constatation de l'inutilité de ces efforts, la faillite de toutes les espérances et de toutes les ambitions d'une vie, sans le concordat de la jeunesse et de loisir de nouvelles entreprises. C'est l'époque où les organes vieillissent, où le cerveau lassé ne réagit plus avec autant d'énergie contre les obsessions pénibles qui l'assiègent.

Nous voyons très souvent les troubles paresthésiques atteindre les fonctionnaires au moment de la retraite. L'inaction qui remplace tout à coup leur activité réglée les incite à l'auto-observation, et nous savons combien elle est dangereuse. L'attention trop longtemps concentrée sur les silencieux rouages de la vie organique fait naître des appels, des sensations erronées, qui sont les illusions, les hallucinations de nos paresthésiques.

Le mauvais effet de l'auto-observation trouve un complément dans l'état psychique de ces malades.

La retraite leur donne des pensées pénibles, des idées de fin prochaine, en leur confirmant brutalement qu'ils sont arrivés à une étape définitive de leur existence.

Loti a délicieusement évoqué cette impression de tristesse qui se dégage des faits accomplis. C'est la mélancolie du marin qui quitte une terre lointaine où il ne reviendra plus, et qui sait que le bruit de la chaîne de l'ancre marque la chute dans le néant d'une page de sa vie. C'est la tristesse angoissante du *never more* d'Edgar Poé.

L'âge moyen fournit aussi un contingent, heureusement moins nombreux, à nos paresthésiques : les délirants alcooliques ou paralytiques généraux.

Chez les vieillards, nous trouvons encore des paresthésies pharyngées. Le ralentissement de leurs échanges, la somnolence de leur vie organique sont le départ de sensations céphaliques dangereuses pour des cerveaux séniles arrivant, de par les lois mêmes de la nature, à l'état de basse tension psychique, qui est le substratum essentiel des idées fixes et des

phobies. Le rêve de l'enfant, la rêvasserie du vieillard sont la marque de leur impuissance à étreindre le réel et de l'impossibilité où ils se trouvent de fixer leur attention sur le présent. Les deux âges extrêmes offrent donc les mêmes prédispositions psychiques : l'enfant, parce que sa personnalité mal affirmée est peu résistante; le vieillard, parce que cette personnalité s'écroule et se désagrège.

Faut-il ajouter que, chez le vieillard, la crainte de la mort vient créer un état d'anxiété vague ne demandant qu'une orientation, qu'une détermination pour devenir anxiété systématisée, phobie déterminée.

**II. Causes provocatrices.** — Ce sont celles qui vont diriger ces candidats, nés ou devenus, vers l'algie pharyngée, vers le trouble paresthésique.

Comme les causes prédisposantes, les causes provocatrices sont physiques ou morales.

**A. CAUSES PHYSIQUES.** — Chez un prédisposé, tout peut servir de point de départ à l'erreur sensorielle, et il n'y a aucun rapport de proportion entre la cause et l'effet.

C'est ici le cas d'évoquer la boutade classique : une pelure d'orange peut faire perdre un royaume ; chez nos malades, une croûte de pain peut être le départ d'une douleur paresthésique qui fera quitter au patient place, situation, honneurs, etc.

L'interrogatoire du malade montre que, le plus souvent, la paresthésie succède à une sensation dont la cause anatomique, inflammatoire ou traumatique, a disparu. L'irritation locale périphérique calmée, l'impression dans les centres persiste, la sensation survit à la cause.

Cette cause provocatrice est parfois une angine banale, qui attire l'attention du malade sur sa gorge. Bien que sa pharyngite soit déjà guérie, il regarde encore ses amygdales, s'inquiète d'un point blanc, d'un peu de rougeur, d'une coloration, d'une teinte, son unique occupation devient sa gorge : avec elle et un miroir pour la regarder, il a l'emploi de sa journée.

Souvent, c'est le tiraillement d'une bride de l'amygdale qui

sert de point de départ à la sensation paresthésique. Ce tiraillement a été ressenti, il est recherché, puis retrouvé par le malade; peu à peu de discret il devient tyrannique, et le voici bientôt l'hôte encombrant que l'on ne peut plus chasser; il est le maître, il commande, rien ne se fera plus que par lui et pour lui.

Un simple coryza propagé au pharynx nasal est parfois l'auteur responsable de troubles dramatiques.

Que de syphiliphobes ont eu pour origine de leur navrante obsession une simple bulle d'herpès; que de cancérophobes vous montrent avec angoisse les papilles du V lingual un peu desquamées et hypertrophiées par suite de troubles gastro-intestinaux.

Les affections locales les plus bénignes, les plus passagères peuvent donner naissance à des erreurs, à des mirages, à des illusions paresthésiques. La sécheresse de la muqueuse, son humidité anormale, suffisent à créer des appels de troubles sérieux.

Ce sont là des causes intrinsèques; les causes extrinsèques ne sont pas moins banales.

Les deux plus fréquentes sont : la brûlure par un bol alimentaire trop chaud et la déglutition d'un corps dur, croûte de pain, parcelle d'os, arête, qui laisse la sensation durable de corps étranger, la fausse présence banale et classique. Nous avons tous vu défiler, dans nos cabinets de consultation, ces malheureux angoissés par la sensation d'une arête qui n'existe que dans leur esprit, ou d'un os de lapin qui a depuis longtemps traversé la filière intestinale.

Une autre cause très fréquente de ces troubles, sur laquelle nous devons méditer, est une intervention chirurgicale, qui donne parfois chez les nerveux des résultats bien différents de ceux que l'on escomptait.

Une petite cautérisation chez un chanteur peut devenir le centre d'attraction de toutes ses pensées, de toute son attention malade, et servir d'origine à de violentes douleurs paresthésiques, à des troubles psychiques qui font, d'un simple enrrouement, une aphonie nerveuse.

Nous reparlerons de la discrétion qu'il faut avoir dans le

traitement local des paresthésies, et nous définirons les cas où il convient de s'en abstenir complètement.

B. CAUSES MORALES. — Un choc moral peut faire naître des troubles paresthésiques, tout aussi bien qu'un traumatisme physique.

Rien de plus commun que les troubles pharyngés chez les individus fortement émus. L'anxiété, la peur prennent à la gorge, selon l'expression vulgaire, la dessèchent et provoquent les sensations que l'on retrouve chez toute une catégorie de paresthésiques.

C'est la mort d'un parent, d'un ami, la maladie d'un être cher, des revers de fortune, un chagrin, en un mot, qui achève d'user la résistance nerveuse du malade et le jette dans le nervosisme actif. Selon ses dispositions, selon son point faible, il orientera différemment son anxiété et sera un dyspeptique, un faux urinaire, un paresthésique de la gorge.

Le cerveau malade crée la paresthésie, qui est alors une hallucination sensorielle, une représentation mentale pure.

Nous trouvons très souvent comme point de départ de ces troubles un ensemencement de l'esprit dans le sens de la phobie paresthésique : un récit de maladie dramatique, la lecture d'un livre de médecine, une visite dans un hôpital, la rencontre d'un infirme.

Qui de nous ne se souvient avoir rencontré au cours de ses études ou revu depuis dans son cabinet le jeune étudiant nerveux, troublé par ses lectures, effrayé par la vue d'un malade, qui prend un bouton d'herpès pour un chancre et blémit d'angoisse en croyant sentir dans sa gorge les douleurs préluant au tertiérisme phagédénique, dont le musée Dupuytren lui a montré des exemples.

Nous assistons parfois aussi à de véritables épidémies de troubles phobiques dues aux récits des journaux.

Que de cancérophobes Frédéric le Noble a laissés après lui ! Que de malheureux nerveux ont sué d'angoisse en se croyant atteints de la maladie de l'empereur d'Allemagne. Chaque fois que la grande presse fait de la clinique, nous voyons éclater ainsi une série de maladies imaginaires

Plus nette encore est l'influence d'un violent traumatisme, accident de chemin de fer, de voiture, incendie, etc. La peur entraîne un choc moral qui laisse après lui un état nerveux (hystérie traumatique), qui permet l'envahissement de la conscience du traumatisé par toutes les craintes, toutes les terreurs, toutes les rêveries maladives.

#### DIAGNOSTIC.

Le diagnostic des paresthésies pharyngées comporte :

1° Le diagnostic de paresthésie à l'exclusion d'une affection matérielle du pharynx ;

2° Le diagnostic du terrain sur lequel évolue le trouble nerveux. De ce second diagnostic découleront, en effet, et le pronostic et le traitement.

Le diagnostic de trouble paresthésique entraîne l'obligation d'un minutieux examen. Pour affirmer qu'il y a quelque chose, il faut bien regarder ; mais, pour affirmer qu'il n'y a rien, il faut mieux regarder encore.

Quand, après avoir examiné dans le miroir toutes les parties du pharynx, on ne distingue rien d'anormal, ou bien quand on trouve une lésion objective insuffisante pour expliquer les troubles accusés par le malade, on est en droit de dire paresthésie.

Un fait mettra souvent en éveil, c'est l'allure particulière du malade qui frappera un clinicien averti. La douleur psychique présente quelques caractères spéciaux ; comme le dit Déjerine (1), « elle donne très vite à l'observateur l'impression que c'est une douleur *sui generis*, et, quelle que soit l'intensité que lui attribue le malade, on arrive en général assez facilement à la conviction que c'est une douleur plus apparente que réelle. En effet, quand on examine en pleine crise douloureuse un sujet atteint d'algie centrale, on constate presque toujours chez lui que les facultés cérébrales ne sont nullement troublées et qu'il n'y a pas là cet état d'inhibition, d'épuisement cérébral dû à la douleur réelle. On peut, en

(1) DÉJERINE, Sémilogie du système nerveux (*Traité de pathol. gén. de Bouchard*, t. V, p. 922).

effet, dans ces moments-là, toujours faire parler le malade, qui parfois même s'exprime avec une grande facilité et s'étend avec complaisance sur la description de sa souffrance. Ici, en effet, il suffit de mobiliser un peu les images mentales du sujet pour reléguer au second plan, chez lui, la sensation douloureuse ».

Malgré cette caractéristique psychique, les erreurs sont possibles.

On peut confondre les troubles que nous étudions avec le *rhumatisme* du pharynx.

Il y a dans les pharynx des rhumatisants des phénomènes douloureux d'un diagnostic souvent difficile. La symptomatologie se borne à de la douleur spontanée, mais le plus souvent très exagérée par les mouvements de déglutition. Objectivement, il n'y a rien ou bien peu de chose : un peu de rougeur de la muqueuse, sans plus. C'est là, avouons-le, une symptomatologie bien discrète, et qui laisse place à l'erreur. Le diagnostic sera basé sur un certain nombre de signes : rougeur de la muqueuse, sensibilité exquise à la pression, enfin et surtout courte durée de la douleur rhumatismale par rapport à la douleur paresthésique, qui dure souvent depuis des semaines quand le malade vient nous consulter.

Le diagnostic doit être fait aussi avec la *névrite* douloureuse.

Certains troubles douloureux de la gorge et de la base de la langue reconnaissent pour cause des névrites. Ce sont le plus souvent des névrites variqueuses. Quénu a bien montré le rôle des varices des veines satellites dans les névralgies. Pietrowsky a trouvé cette pathogénie dans quatre cas sur huit de glossodynie. Escat accepte avec raison cette interprétation en donnant le rôle principal aux veines profondes satellites des nerfs, dont les troubles circulatoires peuvent entraîner des névrites douloureuses.

Nous ne savons rien des névrites toxiques douloureuses ; les névrites de la gorge, dont la plus fréquente est la névrite diphthérique, sont des névrites des nerfs moteurs et ne donnent par conséquent que des troubles fonctionnels.

Luyt et Escat signalent des névrites avec douleurs névral-

riques au début de la paralysie générale. Il est particulièrement difficile, dans ces cas, de faire la part de la névrite et de l'état mental dans les sensations accusées par le patient. Nous citons ainsi dans nos observations un cas de paresthésie chez un paralytique général au début, dans lequel le microscope eût peut-être décelé des lésions de névrite ; mais l'allure clinique et les symptômes nous font ranger ce cas dans les paresthésies vraies.

Le tabes est signalé par Déjerine comme pouvant aussi donner des douleurs de névrite dans la gorge et la région de la base de la langue. Ces douleurs sont peut vives et ne s'accompagnent pas en général de cette inquiétude, de cette agitation qui caractérisent les troubles paresthésiques. Il y a bien des douleurs sans cause objective décelable, mais il manque l'état mental nécessaire et suffisant. Les autres signes du tabes ne tarderont pas à éclairer le diagnostic dans les cas douteux.

Citons encore, pour être complets, une étrange et rare affection du système nerveux qui peut rappeler les troubles que nous étudions : c'est l'*akinesia algera* de Mœbius. Cette curieuse affection est caractérisée par des sensations douloureuses se produisant à l'occasion des mouvements volontaires, douleurs qui ne s'expliquent par aucune lésion locale et rentrent dans le groupe des algies centrales. Cette affection ne donne, pour commencer, de douleurs qu'à l'occasion des mouvements exagérés ; mais ensuite cette douleur se produit à propos du moindre mouvement.

Chez certains de ces malades, les mouvements de déglutition peuvent être les premiers douloureux, et la maladie simule alors les paresthésies pharyngées ; mais les troubles sensitifs ne tardent pas à se généraliser, immobilisant le malade dans l'attitude figée d'un paralytique, et le diagnostic se trouve orienté. L'*akinesia algera* n'est autre chose qu'une paresthésie généralisée ; c'est un total d'algies psychiques.

Le diagnostic est tout à fait incomplet, si le terrain sur lequel évolue le trouble de la sensibilité n'est pas nettement défini. Nous avons assez fait ressortir toute l'importance de

ce diagnostic du terrain tant au point de vue du pronostic que du traitement.

Comme Mathieu l'a écrit à propos des dyspepsies, ces troubles se développent sur un terrain névropathique commun. Très distincts dans leurs modalités extrêmes, ils présentent de multiples formes de transition, d'un classement plus difficile.

Notre malade est-il un simple émotif sans véritable tare nerveuse, un neurasthénique intoxiqué ou surmené, un hystérique avec ou sans stigmates physiques, mais à mentalité particulière et facilement suggérable ; ou encore un nerveux héréditaire, appartenant à une famille où la folie est en marche, et qui finira peut-être dans la confusion mentale et le délire ?

Ce sont là des questions que nous devons résoudre, et sur lesquelles nous avons insisté, chemin faisant, pour n'avoir besoin que de rappeler ici ce devoir qui nous incombe, si nous voulons être, non des spécialistes au sens étroit du mot, mais des médecins spécialisés, ambition légitime qui doit être la nôtre.

Nous ne pouvons insister davantage sur les données du diagnostic différentiel du terrain, cela nous entraînerait à faire un traité de psychiatrie.

#### PRONOSTIC.

Le pronostic des paresthésies pharyngées est commandé par deux faits :

- 1° L'existence ou l'absence d'une lésion objective comme point de départ du trouble paresthésique ;
- 2° Le terrain sur lequel évolue le trouble, l'état psychique du malade.

Nous ne devons tenir aucun compte, pour établir notre pronostic, ni de la forme, ni de l'intensité du trouble paresthésique. Peu importe que la sensation soit seulement désagréable ou atrocement pénible, que ce soit une phobie fonctionnelle ou une simple sensation sans extériorisation motrice ni trouble des fonctions.

Le malade qui souffre beaucoup peut être un hystérique guérissable par une simple suggestion, et celui qui souffre à peine, un anxieux né qui finira par le suicide.

Le pronostic est certainement plus grave lorsque l'on ne constate aucune lésion objective, pouvant donner une explication même relative des plaintes du malade.

Chez tous les sujets fatigués, une sensation même discrète peut finir par vaincre la résistance de la volonté et s'imposer à la conscience, et l'on peut et doit espérer voir un traitement local supprimer la sensation périphérique et l'obsession qui en est la conséquence.

Quand la cause des troubles nous échappe, quand la parésie est une hallucination sensorielle, c'est que le système nerveux est plus sérieusement atteint, non seulement le système périphérique, qui fait naître des sensations subjectives, mais aussi les centres psychiques, qui créent de toute pièce une représentation mentale phobique et anxieuse.

Tout ceci revient à dire : le pronostic des parésies pharyngées dépend du terrain, ou encore, pour poser le problème de façon clinique pratique, de la suggestibilité du sujet et de son désir de guérir.

a. *Suggestibilité du sujet.* — Les simples émotifs, les hystériques sont en général facilement suggérables, soit par un traitement local qui les auto-suggère, soit par la suggestion de leur médecin. Ces malades guérissent généralement vite et bien, et le pronostic est pour eux nettement favorable. Les neurasthéniques surmenés, intoxiqués, devenus tels par suite de ce surmenage, de ces intoxications, autorisent aussi un bon pronostic.

Quand le traitement diététique aura été prescrit, quand on aura supprimé les causes de fatigues exagérées, le traitement local et le simple rappel à la réalité feront tout rentrer dans l'ordre.

Avec les neurasthéniques constitutionnels, qui ont derrière eux toute une hérédité névropathique, qui sont des anxieux, des phobiques nés, la tâche est plus laborieuse et le pronostic plus incertain.

Comme nous l'avons dit, entre ces états et les délires, il n'y

a pas de barrières, mais de simples nuances, et souvent, malgré nos efforts, ces malades sombrent dans la mélancolie et l'aliénation mentale. Nous ne devons pas perdre de vue ces notions pour prendre au sérieux ces troubles paresthésiques qui, souvent par leur étrangeté, prêteraient à rire. N'oublions pas qu'ils sont parfois l'antichambre de l'asile d'aliéné où se termine la lamentable existence de certains de ces malheureux.

A côté des paresthésies qui se terminent par un coup de disciseur et dont le patient est le premier à rire, il y en a qui se terminent dramatiquement par le suicide ou le cabanon.

b. *Désir de guérir.* — Le pronostic est influencé par le désir qu'a le malade de guérir ; nous entendons rappeler par cette phrase ce que nous écrivons plus loin sur l'importance de la rééducation de la volonté pour la guérison de ces phobiques.

La valeur morale du sujet jouera ici un rôle important ; sa maladie n'est pas gênante seulement pour lui, mais aussi pour son entourage, et l'idée de faire de la peine à ses proches peut faire faire à un nerveux de grands efforts de volonté. L'égoïsme s'oppose à la guérison complète, car il tend à enfermer le malade dans son système délirant.

Pour guérir, il faut que le malade fasse un effort de volonté, particulièrement pénible à un patient dont la caractéristique mentale est l'aboulie : le stimulant qui lui permettra de trouver le courage nécessaire sera le désir de plaire et d'être utile aux êtres qui lui sont chers, la crainte de tomber à la charge de ceux qu'il a le devoir de soutenir.

L'amour-propre, sentiment moins noble, peut jouer le même rôle.

#### TRAITEMENT.

I. **Utilité, efficacité.** — Il ne suffit pas de poser le diagnostic de paresthésie pharyngée, il nous faut aussi instituer un traitement et soulager nos malades.

Il ne faut pas se contenter d'une médication de symptômes :

la thérapeutique ne sera efficace que si le malade a été soigneusement étudié et le terrain névropathique nettement défini ; une faute d'interprétation rendrait nos efforts inutiles et notre intervention parfois nuisible.

L'on peut et l'on doit soigner ces malades ; on le doit, car au début il n'y a souvent qu'une prédisposition mentale qui peut être modifiée, et qui, si on la néglige, aboutit souvent à l'obsession et parfois à l'aliénation mentale ; il n'y a pas, en effet, entre ces psychiques de fossé infranchissable.

Traiter ces malades est un devoir vis-à-vis de l'individu, c'est aussi un devoir vis-à-vis de la société. Les maladies mentales se forment lentement, s'aggravent de génération en génération, s'exaltent pour ainsi dire, et, abandonnées à elles-mêmes, aboutissent à la folie confirmée, à la démence.

A tous les soins inspirés par l'hygiène corporelle, à la réglementation de la nourriture, au souci constant de la lutte contre les auto-intoxications, il faut toujours joindre un traitement moral qui reste indispensable. Le changement de milieu, la simplification de la vie, la direction de l'esprit, la gymnastique de la volonté, de l'attention, de l'émotion même, restent le meilleur moyen de traitement.

On est surpris de voir combien l'esprit de ces malades, en apparence si entêtés, est en réalité malléable et modifiable par les procédés psychothérapiques. On peut, non pas toujours sans doute, mais dans les cas les plus fréquents, arriver à faire sentir aux malades la vanité de leurs terreurs, les malentendus qui se fondent sur les sentiments pathologiques et l'exagération de ces sentiments eux-mêmes. Bien des troubles physiques de la digestion, de la circulation, disparaissent quand la tension nerveuse et psychologique se relève sous l'influence de la confiance, de la volonté, de l'attention, de l'émotion juste et adaptée au présent. Il y a des faits frappants qui montrent bien l'action de l'esprit sur le corps et l'influence morale qui peut transformer des maladies en apparence si rebelles aux médications (1).

(1) RAYMOND et JANET, *Les obsessions et la psychasthénie* (t. II, Introduction).

Le traitement des paresthésies est fort délicat : il doit s'adresser à l'état local et à l'état psychique.

Affirmer brutalement à ces malades que leur gorge est en parfait état et que leurs sensations sont purement imaginaires est leur rendre un mauvais service ; leur illusion est si forte que cette affirmation leur enlève toute confiance dans vos capacités et annihile toute votre influence sur leur état psychique ; or la psychothérapie est ici notre ressource à peu près unique.

Plus sage, et plus habile dans l'intérêt même du malade, est le langage suivant : « L'examen qu'on vient de faire est rassurant, la gorge présente bien des signes d'irritation, de catarrhe, etc., mais ce sont là des lésions légères et banales ; chez un autre sujet, elles produiraient sans doute des troubles insignifiants ; mais, chez une personne comme le patient, dont le pharynx est particulièrement sensible et dont le système nerveux est prompt à ressentir la moindre impression, les sensations provoquées prennent des proportions qui ne sont nullement en rapport avec l'insignifiance des altérations locales. »

Ce langage permet au médecin d'instituer un traitement local au cours duquel son influence suggestive pourra s'exercer.

**II. Traitement physique.** — A. TRAITEMENT LOCAL. — En présence des phénomènes locaux accusés par le malade et de ses plaintes si précises, l'idée qui vient tout d'abord est de recourir au traitement local.

Le traitement local, il faut le dire, agit souvent merveilleusement, s'il est adapté aux circonstances.

On doit commencer par traiter les lésions même les plus banales, constatées dans la gorge ; on aura parfois la surprise de voir disparaître une paresthésie déjà invétérée, à la suite de l'excision d'un petit adénome de la luette ou d'un pilier (cas de Boulay), de l'ablation de végétations adénoïdes même peu volumineuses, de la cautérisation d'un bourrelet de pharyngite latérale, etc. Que l'intervention agisse par suggestion ou en supprimant l'épine qui entretenait la pares-

thésie, peu importe : l'essentiel est d'avoir débarrassé le malade de son obsession.

Nous avons vu, dans quantité d'observations, les résultats immédiats obtenus parfois par un simple badigeonnage au menthol dans les sensations de gêne fonctionnelle, de ténésme, de picotements ; les miracles réalisés par le débriement opportun d'une amygdale enchatonnée qui faisait naître des sensations de corps étranger ou d'étranglement ; les cures instantanées, obtenues par un attouchement à la cocaïne, supprimant la crainte d'une arête ou d'une épingle imaginaire dans la gorge.

Tous les traitements locaux susceptibles de faire disparaître la sensation qui est le substratum des paresthésies donnent des résultats. La disparition de la sensation périphérique permet au malade de se reprendre, de se ressaisir. L'attention n'étant plus sollicitée, l'idée fixe disparaît, une parole rassurante fait le reste.

Nos préférences, quand faire se peut, vont aux moyens doux ; il faut éviter les traitements qui laissent après eux des réactions désagréables, car ces sensations peuvent entraîner une exagération de la phobie paresthésique même que l'on tentait de guérir, ou faire naître une nouvelle sensation malade qui prend la place de la première.

Il faut savoir que la cocaïne, qui est héroïque dans les cas de sensation de corps étranger, dus à l'hyperesthésie d'un point de la gorge, donne un résultat tout à fait opposé à celui que l'on cherche dans les sensations d'obstruction, d'imperforation de la gorge dépendant d'une hypoesthésie.

Nous avons tous eu l'occasion de voir des paresthésies laryngées médicamenteuses chez des malades dont nous cocaineons le larynx et qui parfois s'angoissent et déclarent étouffer, l'anesthésie cocaïnique supprimant l'impression physiologique de l'air passant sur la muqueuse.

L'action stimulante de l'iode est précieuse dans les cas d'hypoesthésie qui sont souvent associés à un certain degré d'anémie de la muqueuse ; mais c'est là le triomphe du menthol, qui, par le sentiment de fraîcheur subjective que donne son évaporation, nous rend des services journaliers.

C'est la pierre de touche et le médicament le plus efficace des paresthésies pharyngées, qui ont pour cause des troubles légers de la sensibilité de la muqueuse.

Dans les paresthésies pharyngées qui ont pour origine des brides, des concrétions de l'amygdale, le crochet à discision et le morceleur font merveille, en supprimant et la cause et l'effet.

La curette à végétations trouve son emploi dans les paresthésies qui reconnaissent pour cause des végétations grosses ou petites ; l'un de nous en a rapporté deux observations.

Le galvanocautère peut compter des succès, mais il convient, croyons-nous, d'en être ménager ; son emploi donne en effet des réactions douloureuses pendant plusieurs jours, et de ce fait il nous a paru avoir plus d'inconvénients que d'avantages.

Certains auteurs ont obtenu de brillants résultats de l'opération simulée ; mais ceci ressortit plutôt au traitement psychique qu'au traitement physique.

*Indications, contre-indications.* — Les neurologistes sont peu partisans des traitements locaux, surtout des traitements chirurgicaux, qui, disent-ils, fixent encore l'idée malade et lui donnent un crédit nouveau. Nous considérons qu'il y a là une question d'espèce. Le désaccord apparent qui règne sur ce point entre le spécialiste de la gorge, très porté à agir localement, et le neurologiste qui réprouve toute thérapeutique locale, tient à ce qu'ils ne voient pas les mêmes malades.

Vont surtout chez le spécialiste des maladies nerveuses les sujets dont les troubles psychiques sont particulièrement accentués ; viennent chez nous les émotifs, les hystériques qui ont un bobo, en font une chose grave et s'en tourmentent.

Dans les paresthésies par illusion, le traitement local, en faisant disparaître la sensation périphérique, guérira le malade ou facilitera singulièrement les effets de la persuasion.

Dans les paresthésies par hallucination, le traitement local sera aussi inutile que le geste irréfléchi d'un enfant qui voudrait effacer de la main, sur un écran, l'image projetée d'une lanterne magique. Toute la maladie est au cerveau, et

la gorge n'est qu'un écran qui réfléchit cette image mentale. Non seulement dans ces cas le traitement local est inutile, mais il devient souvent dangereux.

Il y a, entre les catégories extrêmes, de nombreux cas intermédiaires, où il existe une petite lésion objective, mais où l'élément psychique prend une telle importance qu'il est plus prudent d'être ménager de traitement local ; ces malades sont souvent des phobiques nés, pour lesquels tout appel périphérique est sujet à interprétation obsédante et anxieuse.

Quand nous disons qu'il faut être ménager de traitement local, nous entendons traitement chirurgical énergique, par le fer ou par le feu, attouchements avec des substances caustiques ou irritantes ; car l'on peut, dans tous les cas, et sans engager l'avenir, recourir aux attouchements mentholés, iodés faibles, résorcinés, etc.

S'il nous fallait résumer en quelques lignes les indications du traitement local, nous dirions qu'il convient aux paresthésies banales avec état psychique à peine différent de la normale, aux hystériques, à de rares neurasthéniques ; mais qu'il doit être formellement déconseillé chez les neurasthéniques graves et psychasthéniques.

Piqué, qui a, sur toutes ces questions de la chirurgie chez les névropathes, une expérience et une autorité reconnues, a parfaitement défini les indications et les contre-indications opératoires chez ces malades ; quand sur un terrain prédisposé une intoxication chirurgicale entraîne une psychose, le traitement chirurgical donne, s'il est rapidement appliqué, de merveilleux résultats ; mais le diagnostic doit être posé avec précision ; car, si la psychose préexiste, l'opération chirurgicale ne donne pas les mêmes résultats et peut même aggraver l'état nerveux.

La connaissance de la dégénérescence mentale et d'états morbides, tels que l'obsession et le délire hypocondriaque, devra amener le chirurgien à envisager une catégorie nouvelle de contre-indications opératoires.

Si nous voulons appliquer ces sages conseils à la question qui nous occupe, nous dirons : si une paresthésie pharyngée à laquelle nous trouvons pour cause une épine locale est la

première ou la seule manifestation d'une psychose, le traitement local peut et doit agir et faire rentrer le système nerveux dans le calme et le silence.

Dans le cas, au contraire, où il y a eu des phobies antérieures, où il y a des tares nerveuses avérées, il faut être ménager de toute intervention locale brutale, qui ne ferait qu'aggraver l'état nerveux, qui prime tout, et faire sombrer le malade dans la mélancolie anxieuse et la démence.

En résumé, si c'est l'état local qui a le premier rang dans la symptomatologie clinique : traitement local ; si c'est l'influence du terrain nerveux qui domine : thérapeutique générale et prudence opératoire.

B. TRAITEMENT GÉNÉRAL. — 1° *Traitement hygiénique.* — Nous avons vu, en parlant de la pathogénie et de l'étiologie des paresthésies pharyngées, le rôle des infections et des intoxications dans la constitution du terrain nerveux : il convient de modifier ce terrain chez nos malades.

La diététique, le régime, joueront un très grand rôle dans ce traitement.

L'estomac et l'intestin sont presque toujours atteints chez les nerveux, et souvent nos malades ne sont nerveux que parce qu'ils sont intoxiqués par leur tube digestif. Un régime alimentaire convenable devra leur être prescrit ; ceci ne nous concerne peut-être pas directement, mais encore importe-t-il que nous sachions, dans les grandes lignes, comment orienter nos malades.

Soigner un paresthésique dyspeptique, en négligeant sa dyspepsie, c'est vouloir marcher à un échec ; mieux vaut, à coup sûr, traiter son estomac et négliger son pharynx, qui, souvent, guérira seul.

Étant donné le rôle du grand sympathique dans la formation des paresthésies, il est indispensable de le mettre au repos en traitant les organes malades, qui sont une cause d'irritation de ses plexus, principalement l'estomac et l'intestin.

Puisque nous évoquons le grand sympathique, signalons tout de suite l'importance du traitement des affections uté-

rines chez les femmes atteintes de troubles paresthésiques du pharynx, dont l'origine est un réflexe utérin ; nous ne visons ici que les faits en rapport avec l'irritabilité du grand sympathique, car nous allons voir qu'il y a d'autres troubles d'origine génitale, ressortissant à des modifications de sécrétion et réclamant une autre thérapeutique.

Parmi les intoxications qui retentissent sur le système nerveux et créent cette faiblesse irritable qui est la caractéristique essentielle du terrain nerveux, les intoxications par insuffisance rénale sont des plus fréquentes ; les tendances actuelles des psychiatres sont de donner une grande importance à l'urémie dans les psychonévroses ; souvent, ils font précéder les cures de rééducation psychique par le régime lacté et le séjour au lit pendant quelques jours, pour faire un lavage de désintoxication qui rend au système nerveux son équilibre perdu.

Nous savons l'extrême importance des étapes génitales (puberté, ménopause) dans la constitution de l'état névropathique ; cette influence tient à des causes physiques et morales que nous avons passées en revue. Les causes physiques dépendent d'une intoxication d'ordre spécial, commandée par la sécrétion interne des glandes génitales ; de là découle le traitement opothérapique, que l'on a si heureusement substitué aux mutilations, par lesquelles on prétendait guérir les psychonévroses d'origine utéro-ovarienne.

Toutefois il ne faut pas tomber dans le défaut de l'école allemande, qui, nous dépassant toujours dans l'absolutisme facilement satisfait de ses théories et de leurs conséquences thérapeutiques, donne à l'étiologie génitale et à la médication ovarienne plus d'importance qu'il ne conviendrait.

Ce sujet nous conduit à parler d'intoxications analogues relevant de troubles dans la sécrétion des glandes closes : la thyroïde en particulier. Nous savons que les nerveux sont souvent atteints de colite muco-membraneuse, affection dont certains auteurs font une maladie, due à un trouble dans l'innervation intestinale en rapport avec une insuffisance thyroïdienne. C'est l'intoxication thyroïdienne qui commande

aussi cette curieuse névrose qu'est le goitre exophtalmique.

A côté de ces intoxications bruyantes, il y en a de plus discrètes, mais suffisantes cependant pour créer un terrain nerveux, sur lequel fleurissent les troubles paresthésiques les plus divers. La médication thyroïdienne sera donc parfois indiquée chez nos clients.

A côté des intoxications autochtones, existe toute la série des poisons étrangers à l'organisme qui, soit en dehors de la volonté du malade, soit par le fait de mauvaises habitudes, peuvent l'intoxiquer. Le plomb, l'alcool, le tabac, l'opium et son alcaloïde civilisé la morphine, la cocaïne, pour ne citer que les plus fréquents, sont des poisons que nous trouvons souvent comme cause première du nervosisme. Guérir le malade de ces mauvaises habitudes ou le soustraire aux causes d'empoisonnement professionnel doit être le premier soin du médecin.

Diététique, repos, hygiène, voilà aussi les indications thérapeutiques dans les neurasthénies ou les épuisements nerveux consécutifs aux maladies.

Le traitement du terrain ne sera pas cependant toujours exclusivement médical et diététique; il est des cas où il peut devenir chirurgical.

Nous savons en effet l'influence des infections chirurgicales comme agents d'intoxication du système nerveux. Picqué a passé en revue les infections le plus souvent en cause et signalé l'importance des infections puerpérales latentes apyrétiques; Toubert nous a montré l'heureux effet de la cure des suppurations de l'oreille sur l'état mental des nerveux et des aliénés atteints de suppurations anciennes. Il y a là une précieuse indication, et nous devons savoir que les suppurations chez les nerveux peuvent fâcheusement retentir sur l'état mental et doivent être traitées comme toutes les intoxications autochtones.

2° *Traitement médicamenteux.* — Voici bien des années que le traitement médicamenteux des troubles nerveux est laissé au second plan, sauf dans l'épilepsie. L'hygiène, le régime alimentaire, l'isolement tendent à remplacer, et

avec succès, les vieux calmants : opium, chloral et ses succédanés, valérianate sous ses diverses formes.

Trop souvent ces médicaments échouaient et ajoutaient à l'intoxication déjà existante un autre poison à éliminer.

Ce n'est pas à dire cependant que nous devons absolument renoncer dans tous les cas à la thérapeutique médicamenteuse ; là encore, il faut distinguer des espèces.

S'il est parfaitement déplorable de donner de la morphine à un neurasthénique ayant de l'insuffisance rénale, il peut être indiqué de donner, pendant quelque temps, du bromure ou du valérianate à un simple émotif, que quelques journées d'inquiétude ont rendu plus nerveux encore et que quelques bonnes nuits rendront plus calme, plus maniable, mieux disposé à écouter nos conseils, nos consolations et préparé à recevoir la bonne suggestion.

3° *Traitement par les agents physiques.* — La thérapeutique par les agents physiques comprend : l'hydrothérapie, les stations thermales, l'électricité et le massage.

L'hydrothérapie suscite immédiatement l'idée de la douche, de l'abominable douche froide d'antan, véritable torture qui fut si longtemps l'unique traitement de toutes les psychoses et de toutes les névroses, traitement qui semblait aux patients plus un supplice qu'une thérapeutique.

Les progrès de la médecine mentale ont depuis longtemps remplacé l'eau froide par la douche tiède et les bains chauds calmants et réellement efficaces chez les obsédés et les anxieux. Quand on recherche un double effet calmant et tonique, la douche écossaise donne les résultats désirés.

Nérès et Divonne ont à leur actif des cures remarquables et joignent à l'effet de la balnéation les heureux résultats du changement de milieu et de la distraction du voyage, qui change le cours des idées de nos malades. A ce double point de vue, les stations thermales trouveront souvent leur indication.

Le traitement électrique tient les promesses de ses premiers essais ; l'électricité statique est certainement calmante, et les courants de haute fréquence sont heureusement appliqués aux neurasthéniques intoxiqués et hypertendus.

Le massage, enfin, peut être combiné avec les moyens que nous venons de citer ; par son action stimulante, il régularise les fonctions de la peau et seconde ainsi les cures de désintoxication.

**II. Traitement psychique.** — Nous avons insisté, au cours de ce mémoire, sur la part qui revient à l'état psychique dans le développement des paresthésies, et nous avons, avec Déjerine et Ribot, défini celles-ci une maladie de la volonté.

De cette définition découle cette conséquence que le traitement sera surtout psychique.

Les neurologistes le voudraient exclusivement psychique ; nous sommes plus éclectiques, et, dans tous les cas où il y a bien nettement un départ périphérique, nous conseillons l'association d'un traitement local prudent.

Le médecin doit faire son diagnostic et, dès le début, inspirer confiance au malade en montrant une grande autorité.

Dès que le malade a expliqué son état, dès que l'examen et l'interrogatoire attentifs ont permis de le ranger dans une catégorie bien définie, il faut aller au-devant de son récit, lui expliquer ce qu'il doit éprouver, lui énumérer les états psychiques par lesquels il a passé jusqu'à la constitution de son trouble paresthésique. Cette précision, cette prescience impressionnent favorablement le malade. On lui affirme que sa maladie est parfaitement curable, le voici convaincu, c'est-à-dire guéri.

Il faut toujours surtout prendre ces malades au sérieux, car ils souffrent beaucoup et sont dignes de notre pitié ; la raillerie n'est pas une thérapeutique médicale ; ce serait le meilleur moyen de les exaspérer et de les faire se renfermer plus encore dans leur isolement angoissé et douloureux.

Quand un enfant demande la lune, il est d'un esprit facile de le railler : c'est le rôle d'un éducateur de lui dire que son désir est irréalisable et de lui prouver pourquoi il est irréalisable. On forme ainsi son esprit à distinguer les apparences trompeuses des réalités tangibles.

Quand un de nos malades, ayant perdu le sens des réalités

présentes, se plaint de sensations erronées, nous devons lui montrer qu'il se trompe, pourquoi il se trompe et le ramener lui aussi à la notion du réel.

Le traitement psychique comporte un traitement curatif des symptômes paresthésiques, et, dans les cas graves, chez les névropathes avérés (neurasthéniques, psychasthéniques, hystériques), une hygiène morale, une rééducation destinée à modifier le terrain nerveux et à empêcher les récives ou les dérivations pathologiques vers d'autres troubles analogues.

Le traitement par excellence de ces troubles est la suggestion.

La suggestion comporte des degrés et des catégories. Nous trouvons le premier degré dans la simple persuasion ou suggestion douce; puis vient la suggestion hypnotique et, enfin, la suggestion précédée de la narcose chloroformique, ou utilisant le sommeil naturel qui comporte une période où la suggestion est facilement accueillie.

*Suggestion et rééducation à l'état de veille.* — C'est de la suggestion, mais de la suggestion au minimum que l'affirmation d'une guérison prochaine, qui suffit à la très nombreuse catégorie des paresthésiques sans tares nerveuses confirmées.

Voici un patient qui vient consulter pour une sensation pénible de la gorge: il éprouve une gêne depuis longtemps et il est convaincu qu'il a une arête dans la gorge. Cette sensation, il s'en souvient très bien, remonte à un jour où il a mangé du poisson; il insiste avec ce luxe de détails habituels chez les nerveux. Deux, trois médecins l'ont examiné et se sont moqués de lui; mais il sent bien son arête et sait, mieux qu'eux, qu'elle est là, puisqu'il la sent. Une exploration attentive met le malade en confiance, un coup de discuteur ouvre une minuscule crypte de l'amygdale et libère une petite concrétion là où le malade indiquait son arête d'un doigt affirmatif. Ceci fait, une explication du pourquoi de sa sensation paresthésique, une affirmation faite avec autorité que tout est maintenant terminé, et le malade sort guéri et reconnaissant, libéré de la sensation périphérique due au

petit calcul, guéri de l'illusion sensorielle qui troublait son esprit et conscient à nouveau des réalités.

Il y a une autre méthode suggestive qui compte à son actif de bruyants succès, c'est celle qui consiste à suivre le malade dans son erreur, à lui accorder qu'il dit vrai, qu'il a bien une arête dans la gorge, une épingle dans l'amygdale. Le médecin se procure arête ou épingle, simule une opération et montre triomphalement le corps étranger.

Nous avons tous à notre actif des cas analogues ; Montaigne nous a montré que ce procédé est vieux comme le monde et que, de tout temps, il a fait des miracles.

Nous ne condamnons pas absolument cette méthode, et, dans certains cas, il faut bien y recourir ; mais ce n'est pas un procédé de choix : tromper qui se trompe déjà, c'est peut-être soulager temporairement, mais ce n'est pas atteindre le mal dans sa racine en mettant le patient en face de son erreur.

Chez les hystériques, cette thérapeutique a moins d'inconvénients que chez les nerveux raisonnables, comme les neurasthéniques et les psychasthéniques. Les conceptions erronées d'un hystérique n'ont pas plus d'importance que les conceptions erronées d'un rêve et ne troublent pas au même degré la santé mentale de l'individu. Chez l'hystérique, les procédés sont à peu près indifférents ; mais, chez les autres nerveux, il faut être plus prudent, car nos malades peuvent les faire sombrer dans le délire.

Voici, par exemple, non plus une paresthésie banale, mais une paresthésie chez un neurasthénique, chez un anxieux, avec idée fixe, élément émotionnel, phobie. C'est dans ces cas que l'autorité du médecin doit intervenir, et c'est là que les traitements locaux peuvent devenir dangereux, en donnant plus de corps à l'idée malade.

La maladie est au cerveau, ne l'oublions pas, même si elle a un point de départ périphérique ; l'élément psychique, l'idée fixe, la phobie, ont pris la première place, et c'est avec la chimère qu'il faut engager la lutte. C'est une idée qui est notre adversaire, c'est un rêve maladif qu'il nous faut dissiper. Après avoir pris contact avec le malade, il faut suivre

avec lui, pas à pas, la formation de sa phobie, la discuter, la disséquer, la décomposer en ses éléments essentiels et détruire par le raisonnement toutes les erreurs pour mettre le patient en face de la réalité.

Le nerveux trouve dans cette persuasion la direction qui lui convient, la sécurité qu'il recherche, l'appui qui lui est nécessaire, la volonté qui vient au secours de sa volition insuffisante et qui lui permet de lutter contre l'envahissement de sa conscience par les idées morbides.

Raymond et Janet comparent avec juste raison ces malades aux scrupuleux; notre rôle, vis-à-vis d'eux, doit être un peu celui du directeur de conscience. « Les prêtres ont connu la maladie du scrupule bien avant les médecins, et la confession régulière semble avoir été inventée par un aliéniste de génie pour traiter les obsédés (1). »

Dans cette direction, deux qualités sont nécessaires : la douceur et la fermeté. La douceur, parce qu'ils ont besoin d'autorité.

« Dans la thérapeutique de beaucoup d'états psychopathiques, disait Legrand du Saulle, l'absolutisme autoritaire est une nécessité que le succès couronne fréquemment et qui ne peut nuire à personne. »

Pour faire une utile besogne, il ne suffit pas d'attaquer l'idée fixe, il faut aussi traiter l'état sous-jacent, rééduquer le malade, lui apprendre à retrouver cette fonction du réel qu'il a perdue, refaire l'éducation de son émotivité en lui montrant l'outrance malade de ses émotions, leur cours anormal et foncièrement égoïste.

Il convient de galvaniser un peu l'aboulie de ces patients en faisant naître chez eux, au lieu de leurs émotions malades, de saines émotions bien en rapport avec leur situation. Il faut leur montrer le trouble qu'ils portent dans leur famille, combien leur maladie leur est gênante pour eux et leur entourage; éveiller, en un mot, de saines et justes émotions qui élèvent la tension psychique de la volonté. Il nous faut faire appel à leur amour-propre en leur montrant leur

(1) RAYMOND et JANET, *Obsessions et psychasthénie*, t. I, p. 707.

manque d'énergie et les conséquences de leur aboulie.

Pour guérir ces malades, il ne suffit pas, en effet, d'obtenir par la suggestion, par la persuasion, la disparition présente des troubles paresthésiques, des idées et des émotions pathologiques qu'ils font naître ; il faut attaquer l'état névropathique, faire une rééducation du malade, lui apprendre à retrouver la fonction du réel, faire l'éducation de son émotivité en l'empêchant d'aller à l'exagération et à l'outrance, discipliner, en un mot, ses idées et ses émotions.

« Le médecin ne se bornera pas à exciter l'émotion, il la dirige et la développe, il en surveille les manifestations pour arrêter et empêcher les dérivations, c'est une véritable rééducation de l'émotion, qui cherche à substituer aux ruminations et aux angoisses élémentaires des émotions hiérarchiquement supérieures » (Raymond et Janet).

Tout ce traitement du terrain sort de nos attributions spéciales, mais ce sont choses que nous avons intérêt à ne pas ignorer.

Pour rééduquer les émotions, il faut rééduquer l'attention.

Les phobiques sont des abouliques, des inattentifs ou, pour mieux dire, des attentifs maladifs toujours fixés sur leur idée morbide et indifférents à tout le monde extérieur, au réel. Le phobique doit être stimulé, il faut l'habituer à un effort régulier avec un but déterminé, une règle.

Pour discipliner l'attention, les procédés les plus divers ont été préconisés.

Tissié améliore les neurasthéniques et les tics par la gymnastique suédoise (1).

Pitres et Tissié guérissent un psychasthénique avec tics et toux spasmodique par la gymnastique respiratoire ; celle-ci agit en disciplinant le malade, en l'obligeant à l'attention vers un but déterminé (2).

Dubois (3) (de Saujon), arrive au même résultat en dressant ses malades à l'immobilité pendant un temps déterminé.

(1) TISSIÉ, *Clinique de gymnastique médicale psychodynamique*, 1899.

(2) PITRES, Tics convulsifs guéris par la gymnastique médicale (*Soc. de méd. de Bordeaux*, déc. 1900).

(3) DUBOIS, *Société de thérapeutique*, 27 mars 1901.

C'est l'effort d'attention vers l'image du repos, c'est l'immobilité consentie. Tout comme la gymnastique, le but est d'exercer l'attention et de la discipliner.

La gymnastique physique peut être remplacée par la gymnastique intellectuelle. Legrand du Saulle (1) note l'influence heureuse du travail intellectuel. « Faute d'aliments, l'esprit humain se dévore par lui-même, » a dit très justement Azam (2).

Tous ces traitements rentrent dans ce que Bernheim appelle l'entraînement suggestif, la dynamogénie psychique, et c'est actuellement ce que nous avons de mieux pour relever la tension nerveuse insuffisante, cause de ces affections (Bernheim) (3).

*Suggestion hypnotique.* — Elle permet de substituer à la volonté faible du malade la volonté forte de son médecin; car, pendant la durée du sommeil hypnotique, le cerveau du malade est une cire vierge, apte à recevoir toutes les empreintes. Il paraît donc rationnel d'y recourir; la pratique toutefois modifie ces espérances, et les indications de cette méthode sont assez rares chez nos malades.

Chez les uns, les plus nombreux, le sommeil hypnotique est tout à fait inutile; car la persuasion, le raisonnement aidés d'un traitement local, suffisent à impressionner leur esprit et à détruire la phobie parasthésique très superficielle. Ils n'ont pas sur leur esprit un voile épais, mais une simple buée qu'un souffle peut dissiper.

Chez certains autres, les neurasthéniques et les psychasthéniques, le sommeil hypnotique est très difficile à obtenir: ils résistent le plus souvent aux tentatives les plus habilement renouvelées.

Pitres et Régis (4) ont décrit, à propos de ces malades, cette phrase très juste: « D'une façon générale, les obsédés présentent cette particularité curieuse que, très sensibles à

(1) LEGRAND DU SAULLE, *La folie du doute*, p. 11.

(2) AZAM, *Entre la raison et la folie: les toqués* (*Revue scient.*, 1891, p. 162).

(3) BERNHEIM, *Revue de médecine*, 1898.

(4) PITRES et RÉGIS, *Sémiologie des obsessions* (*Congrès de Moscou*, 1897).

l'action de la suggestion ordinaire, au réconfort moral du médecin, ils sont rebelles à la suggestion hypnotique, qui n'a pas souvent prise sur eux. Ils ressemblent en cela aux neurasthéniques qui se trouvent momentanément soulagés et même guéris de leurs maux par une simple visite du médecin et qui ne sont pas d'habitude hypnotisables. »

Restent les hystériques, chez lesquels l'hypnose est souvent le traitement de choix. Dans ce duo alterné de la personnalité première et de la personnalité seconde, il y a toujours place pour une troisième personne, le médecin qui commande à son gré l'oubli ou le souvenir au cerveau malléable de l'hypnotisé.

Dans les cas rebelles, la méthode peut toujours être tentée.

*Suggestion pendant le sommeil artificiel par narcose.* —

Dans son travail sur les *illusions de fausse présence*, le professeur Lannois insiste sur l'importance de la suggestion. Partisan, dans ces cas, de l'opération simulée sous narcose, il fait suivre cette intervention de suggestion verbale et visuelle, en profitant de la période qui suit le sommeil artificiel.

Il emploie chez les nerveux une très courte anesthésie au chlorure d'éthyle et fait de la suggestion pendant la période de retour à la conscience; il y a pendant une courte durée une page blanche sur laquelle il s'efforce d'imprimer sa suggestion. « En pathologie nerveuse, dit-il très justement, le tout n'est pas de faire une suggestion, mais de mettre le cerveau en état de suggestibilité; or rien n'est plus propre à remplir ce but que l'anesthésie, qui abolit la volonté en même temps que les autres fonctions corticales. »

Il y a là une méthode connue des neurologistes que nous pouvons employer dans les cas rebelles, quand l'hypnose n'est pas réalisable.

*Suggestion pendant le sommeil naturel.* — Pendant le sommeil, les rêves s'imposent à la conscience et peuvent parfois l'envahir. Certaines idées fixes chez les hystériques ont ainsi pour point de départ un rêve; on peut profiter du sommeil de la volonté pour faire de la suggestion.

La période de demi-conscience qui précède immédiate-

ment le sommeil et celle qui précède le réveil sont les plus favorables pour tenter la suggestion, comme l'a démontré Coste de La Grave. Il y a là deux instants où le cerveau est dans un état de réceptivité très propice.

Chez les enfants en particulier, cette méthode peut donner de très bons résultats.

#### BIBLIOGRAPHIE

- AHOND. — Les paresthésies pharyngées (*Thèse de Paris*, 1907).  
RICARDO BOTET. — Pathogénie de la paresthésie pharyngée (*Congrès internat. de laryngol.*, 1900).  
BOULAY. — Sur deux cas de paresthésie pharyngée (*Mém. de la Soc. franç. de laryngol.*, 1895). — Des paresthésies pharyngées (*Presse méd.*, mars 1906).  
BOUYER (de Cauterets). — *Des paresthésies de l'arrière-gorge* (travail de la Clinique laryngol. de la Faculté de Bordeaux, 1905).  
ESCAT. — *Maladies du pharynx*, 1901, p. 520 et suiv.  
LANNOIS. — Les illusions de fausse présence en pratique oto-laryngologique (*Mém. de la Soc. franç. de laryngol.*, 1905).  
SCHMIDT (MORITZ). — *Die Krankheiten der oberen Luftwege* (Berlin, 1903, 3<sup>e</sup> édit., p. 725).  
MOURE. — *Maladies de la gorge, du pharynx et du larynx*, 1904, p. 453.  
SEMON (F.). — Troubles nerveux de la gorge à l'époque de la ménopause (*British. med. Journ.*, janv. 1895).
-

## SOCIÉTÉS SAVANTES

---

### I<sup>er</sup> CONGRÈS INTERNATIONAL DE RHINO-LARYNGOLOGIE (Vienne, avril 1908).

Compte Rendu par LAUTMANN.

Séance du 22 avril.

Présidents d'honneur : SCHIFFERS, FRAENKEL, LERMOYEZ.

FRAENKEL (de Berlin) (rapporteur). — **La laryngologie et la rhinologie dans leur rapport avec la médecine générale. Enseignement et examen de ces branches dans les divers États.** — Après un rapide coup d'œil sur le développement de la laryngologie, Fraenkel entre de suite dans la deuxième partie de son rapport. Il donne des renseignements sur la façon d'après laquelle l'enseignement de la rhino-laryngologie est fait en Allemagne, en Autriche, en Angleterre. Il résulte de son rapport que cette spécialité n'est pas encore élevée au rang qu'occupe l'ophtalmologie dans le programme de l'enseignement et de l'examen des candidats au doctorat.

LERMOYEZ (co-rapporteur). — Dans un aperçu historique, Lermoyez explique comment la rhino-laryngologie, en se développant, a enrichi la pathologie interne (article publié *in extenso* dans ces *Annales*, n° 4, t. XXXIV).

GLUCK (de Berlin). — **La chirurgie au service de la laryngologie** (avec présentations de malades). — Gluck résume dans cette courte communication sa technique de la résection totale du larynx avec fistulisation de la trachée ; technique développée dans *Monatsschrift für Ohrenheilkunde* (Bd. XXXVIII, n° 3).

Sa méthode permet d'éviter presque à coup sûr la pneumonie  
ANNALES DES MALADIES DE L'OREILLE ET DU LARYNX, T. XXXIV, n° 6, 1908. 48

par déglutition, qui a assombri jusqu'à présent le pronostic de l'extirpation du larynx. Grâce à des sondes œsophagiennes spéciales, les malades sont en état de se nourrir presque immédiatement après l'opération. Gluck entre ensuite dans des explications sur la voix sans larynx et montre des prothèses inventées par lui, permettant aux opérés d'avoir une voix avec timbre. Il a eu l'idée de se servir du phonographe, dont la plaque vibrante (de petites dimensions), adaptée à un tube, permet au courant d'expiration de donner à la voix des opérés un timbre plus agréable. A la suite de sa communication, Gluck a présenté plusieurs malades opérés par lui de cancer du larynx, avec extirpation du larynx, d'une partie de l'œsophage, du pharynx, des ganglions, qui, plusieurs années après l'opération, étaient encore en excellente santé et parlaient d'une voix distincte.

KUHNT (de Bonn) (rapporteur). — **Relations entre les maladies du nez et du naso-pharynx et celles des yeux.** — Après quelques remarques d'ordre général sur la nécessité de rechercher les relations entre organes voisins et la grande fréquence méconnue actuellement des rapports entre affections oculaires et naso-pharyngées, Kuhnt développe nos connaissances sur les affections oculaires dépendant des affections des sinus périmaxillaires. Il démontre ensuite l'action des rhinopathies sur les affections des voies lacrymales, qu'il a constatées comme étant de cause rhinogène dans 93,7 p. 100 des cas. Après avoir fait remarquer la fréquence extraordinaire d'amaurose à la suite de l'*ulcus serpens* de la cornée, Kuhnt revient de nouveau à quelques particularités des sinusites. Il a trouvé que l'empyème de l'*infundibulum* et des cellules ethmoïdales antérieures provoque assez souvent une perforation de la paroi osseuse, inflammation du canal lacrymal, phlegmon périclacral. Plus rarement, des suppurations du sinus maxillaire affectent le canal lacrymal dans la région de l'apophyse prélacrymale. Après un court exposé des caractères cliniques des affections les plus fréquentes des conjonctives, des paupières et de la cornée, Kuhnt insiste particulièrement sur le fait que la grande majorité des affections eczémateuses, des catarrhes suppurés, du blépharospasme, s'est associée à des végétations adénoïdes. Moins souvent les affections de l'iris et de la choroïde sont sous la dépendance des affections du nez. De même pour le glaucome, les affections du nez ne peuvent qu'exceptionnellement être considérées comme cause. En tout cas, il ne peut être question d'un rapport constant entre ces deux affections.

Kuhnt mentionne ensuite les coïncidences assez souvent constatées entre le décollement de la rétine, des troubles du corps vitré, hémorragie vicariante dans l'œil, diminution de l'acuité visuelle, voire même cécité complète à la suite des interventions endonasales. On a constaté du strabisme, de l'exophtalmie après extraction des polypes, de la cécité après épistaxis chez des adolescents, des névrites ophtalmiques après abus du cautère. Kuhnt revient sur les complications oculaires des sinusites périmasales aiguës et chroniques; il entre maintenant dans le détail. Il rapporte d'abord une statistique, décrit la perforation des sinusites dans l'œil sous forme d'abcès sous-périostés, des abcès dans la partie tarsale, entre la trochlée et le ligament interne de l'œil, jusqu'à la formation d'un phlegmon orbitaire.

Le nerf optique et la rétine se trouvent très lésés dans leur vitalité dans ces conditions et du fait de l'inflammation voisine, de la résorption des toxines et du fait de la compression. Kuhnt voit surtout dans la résorption des toxines le danger pour l'œil. Les manifestations ophtalmoscopiques peuvent être, dans quelques cas, très marquées; mais leur absence ne prouve rien contre une affection même grave du nerf optique.

Au point de vue du diagnostic, la constatation précoce du scotome central est très importante. On ne peut rien dire du pronostic de ces affections; on a vu la guérison complète, même après persistance de plusieurs semaines des phénomènes ophtalmoscopiques pathologiques, après disparition des suppurations périmasales qui les ont entretenus. C'est une preuve pour Kuhnt qu'il s'agit surtout des lésions dues à la résorption des toxines. Avant de terminer ce chapitre de son rapport, Kuhnt consacre quelques mots aux rapports des affections des dents et des yeux. On connaît des cas de phlegmons de l'orbite dus à des périostites dentaires, guéris après extraction de la dent cariée; mais on a vu également cet accident survenir après l'extraction d'une dent. Dans un dernier chapitre, Kuhnt décrit les opérations pratiquées sur le sinus maxillaire et frontal; il décrit sa méthode et les modifications qu'elle a subies.

**OXONI** (de Budapest) (rapporteur). — La question a une grande importance pratique, parce que, par un traitement rationnel endonasal, on peut guérir parfois des affections oculaires, qui, autrement que par un traitement rhinologique, conduisent à la cécité. Il rappelle ses recherches personnelles sur les relations anatomiques de l'œil avec les cavités sinusales postérieures. Il explique comment l'infection et l'inflammation, les troubles circulatoires

peuvent se propager d'un terrain dans l'autre ; il rappelle la grande vulnérabilité du faisceau central du nerf optique. Grande attention mérite la question compliquée des troubles oculaires consécutifs à une rhinopathie du côté opposé de la lésion oculaire et les lésions oculaires bilatérales sous la dépendance d'une sinusite postérieure unilatérale. Il cite, des cas où, à la suite d'une opération sur le sinus frontal ou sur la cloison, on a constaté la cécité de l'autre œil. Les relations anatomiques expliquent les lésions des muscles de l'œil dans les affections des sinus postérieurs et les guérisons après large ouverture de ces sinusites. Il est très important d'ouvrir de bonne heure les sinusites postérieures. Dans les cas douteux d'affection oculaire, il faut même, si l'examen rhinologique est d'abord négatif, aller systématiquement à l'exploration des foyers latents.

Les progrès croissants de la chirurgie rhinologique ont ouvert à l'intervention la région du chiasma, la partie intracranienne du nerf optique ; l'hypophyse et le sinus caverneux. Onodi exprime l'espoir que la collaboration des rhinologistes et des ophtalmologistes permettra de faire des découvertes de conséquence pratique heureuse dans ce territoire commun. Une grande partie de son rapport a été consacrée à une étude très détaillée de la cellule ethmoïdale postérieure, étude qui avait déjà antérieurement fait le sujet de plusieurs publications.

#### *Discussion.*

PAUNZ a observé, dans l'espace de un an, 4 cas très instructifs : *a.* Chez un homme, l'ophtalmologiste avait reconnu une papillite, pas de raison autre qu'une suppuration des cellules ethmoïdales postérieures. — *b.* Jeune fille de 23 ans, se plaint de troubles visuels après un coryza léger. A l'examen, on trouve une papillite et une suppuration des cellules ethmoïdales postérieures. — *c.* Un homme de 39 ans consulte pour une faiblesse de la vue. On constate une perte presque complète de l'acuité visuelle, due à une névrite rétro-bulbaire. Le malade ayant eu la syphilis, on essaye le traitement spécifique sans le moindre résultat. Encouragé par les résultats des cas précédents, on procède à l'ouverture systématique des sinus du nez. On ne trouve pas de pus, et pourtant le malade regagne presque entièrement la vue. — *d.* Cas analogue. Tous les sinus sont ouverts, pas de pus ; guérison.

RÉTHI a observé 2 cas où, du côté du nez, il n'y avait aucun

phénomène manifeste pour expliquer une céphalée tenace et la diminution de l'acuité visuelle due à une névrite rétro-bulbaire. Dans un des cas, à gauche, l'œil pouvait être considéré comme presque perdu. Réthi ouvre un empyème du labyrinthe à droite et, treize heures après l'opération, il y avait une amélioration nette de l'acuité visuelle. Dans les cas douteux, il faut toujours aller à la recherche d'un empyème latent.

ROSENBERG. — Le rhinologiste devrait toujours consulter l'oculiste dans les cas suspects et inversement. Rosenberg a méthodiquement fait examiner par un oculiste 40 cas de suppuration des sinus. A part deux phlegmons de l'orbite, on a pu constater des troubles différents de la papille, hyperémie, anémie, bord irrégulier. Dans presque tous les cas, après guérison de la sinusite, il y a eu amélioration du côté des yeux.

HERBERT-TILLEY mentionne un cas dans lequel une dacryocystite chronique (qui était probablement causée au début par une sinusite ethmoïdale ou plutôt maxillaire et ethmoïdale) entretenait une suppuration chronique dans le sinus ethmoïdal et sphénoïdal. L'opération de Caldwell-Luc a supprimé les symptômes de la sinusite maxillaire; mais, pour guérir la sinusite ethmoïdale et sphénoïdale, il a fallu supprimer le sac lacrymal.

KILLIAN est également d'avis qu'un examen intranasal est important pour l'examen des affections oculaires. Il est étonnant de voir quel effet heureux exerce une adénotomie sur les affections conjunctivo-bulbaires qui ont résisté longtemps à des traitements purement ophtalmologiques. Quant à la propagation des affections des sinus dans l'orbite, il a pu nettement voir sur un cas un réseau veineux excessivement fin, perforant les parois osseuses et donnant à l'os un aspect tel qu'il ne pourrait le comparer à rien d'autre mieux qu'à un tamis.

Quand on a vu ces préparations, on est étonné qu'elles ne soient pas encore plus fréquentes qu'en réalité. Quant à l'opération de Kuhnt, il a dû l'abandonner parce qu'elle ne suffisait pas dans tous les cas.

MAHU (de Paris). — **Emploi de l'abaisse-langue autostatique en laryngologie.** — Grâce à l'instrument simple imaginé par l'auteur et qui permet la fixation automatique de la langue, tandis que la bouche est maintenue ouverte, le chirurgien conserve la liberté de ses deux mains, au lieu d'avoir la main gauche immobilisée pour tenir l'abaisse-langue.

Ce dispositif simplifie singulièrement la technique de certaines

opérations oro-pharyngiennes. Il facilite les examens délicats, les grands lavages de gorge et les cautérisations, surtout chez les enfants indociles, de même que toutes les manœuvres usitées dans le traitement de la diphtérie, le tubage par exemple.

On peut encore l'utiliser dans les grandes interventions : la staphylorrhaphie, l'uranoplastie et l'extirpation des polypes naso-pharyngiens.

L'auteur l'a employé une fois pour la suture des piliers, en vue d'arrêter une hémorragie amygdalienne, et il en recommande particulièrement l'usage :

1° Dans l'ablation des végétations adénoïdes chez l'adulte, qui peut être ainsi pratiquée à coup sûr sous le contrôle de la vue ;

2° Pour l'énucléation et l'ablation à l'anse des amygdales enchatonnées chez l'enfant (description détaillée du procédé à l'anse froide) ;

3° Dans la pratique, *sous le contrôle du miroir* de toute la chirurgie spéciale du naso-pharynx et des choanes.

DENKER (d'Erlangen). — **Le traitement opératoire des tumeurs malignes du nez.** — Le traitement des tumeurs malignes, se développant à l'intérieur des cavités, doit être purement chirurgical, malgré les bons résultats qu'on obtient dans les tumeurs superficielles par les rayons X, par le radium, par la fulguration. Les principales méthodes opératoires permettant une extirpation radicale des tumeurs localisées dans le nez et dans les cavités périmasales demandent comme acte préliminaire la résection permanente ou temporaire du maxillaire. Cet acte est déjà une intervention importante nous obligeant à nous méfier de la pneumonie par aspiration, à exécuter la trachéotomie préventive avec tamponnement de la trachée, la ligature de la carotide, voire même le tubage péroral.

Les nombreuses modifications de la résection ostéoplastique partielle du maxillaire, d'après von Langenbeck, peuvent se diviser en faciales et en orales, et ces dernières permettent la division en voie palatine et intermaxillaire. La voie palatine avec abaissement du palais a été tracée par Nélaton, Gussenbauer, Chalot, Habs et Pertsch, tandis que Kocher s'est frayé un passage vers la tumeur par la voie intermaxillaire, en sectionnant le palais et l'apophyse alvéolaire après l'avoir séparée de la face médiale et faciale de la paroi sinusale et après avoir écarté les deux parties du palais dans la ligne médiane. Parmi les méthodes nasales, il faut retenir les interventions dirigées non seulement contre la partie cartilagineuse

du nez, mais aussi celles intéressant le squelette osseux, comme les procédés opératoires indiqués par Linhart, von Bruns, Chassaignac, Ollier, von Langenbeck, G. Killian, A. Barth, Moure, Brockaert.

Toutes ces opérations, excepté celles de Chalot et de Partsch, ont en commun de faire une solution de continuité dans la peau du visage et de créer ainsi des cicatrices plus ou moins défigurantes. Le procédé de Chalot et de Partsch, comme la résection permanente ou temporaire du maxillaire, est accompagné parfois d'une hémorragie profuse.

Ces inconvénients et dangers peuvent être évités par le procédé de Denker, procédé qui a pris naissance dans l'opération radicale de la sinusite maxillaire chronique, décrite par l'auteur dans les *Archives de Fraenkel* (t. XVII, fasc. 2). Voici la technique.

Avant de commencer l'opération faite sous narcose, morphine, éther, il est à recommander, pour diminuer l'hémorragie, d'introduire un tampon trempé dans une solution de cocaïne-adréraline, aussi loin que possible dans la cavité nasale. Introduction d'une mèche de gaze en plusieurs couches contre les molaires, l'extrémité de la gaze sortant par la bouche. Incision dans le repli de la muqueuse gingivale commençant au-dessus de la dent de sagesse, horizontalement par le frein de la lèvre supérieure, dépassant de 2 à 3 centimètres la ligne médiane. On repousse les tissus mous en haut, et on les maintient avec deux crochets pointus de façon à laisser libre le plan facial du maxillaire, la région de l'ouverture piriforme, la partie inférieure de l'os nasal, l'apophyse nasale du maxillaire jusqu'au rebord antéro-interne de l'orbite. Il faut dénuder largement en haut pour avoir un accès commode à l'ethmoïde. Quelquefois, en repoussant les tissus mous, la muqueuse du méat inférieur se déchire un peu au niveau de l'ouverture piriforme. Le nerf infra-orbital doit être pris avec les tissus mous. Si la partie médiane du sinus maxillaire est conservée, la muqueuse de la paroi latérale du méat inférieur et moyen est séparée de l'ouverture piriforme avec un élévateur de courbure correspondante. On sectionne ensuite avec des ciseaux forts le cornet inférieur, et on ouvre ensuite largement le sinus maxillaire par résection complète de la paroi faciale. Comme, dans la plupart des cas, le sinus participe soit à la propagation de la tumeur, soit à une suppuration chronique, sa muqueuse doit être enlevée radicalement.

On procède maintenant à la résection de la paroi médiane du sinus maxillaire, y compris sa prolongation dans l'ouverture piri-

forme, avec la pince de Luer et la gouge. Dans les cas où la tumeur n'a pas encore envahi la cavité du sinus maxillaire, cette dernière est séparée de la cavité nasale simplement par la muqueuse de la paroi latérale. On enlève ensuite avec une pince à os la partie inférieure de l'os nasal et l'apophyse nasale du maxillaire, jusque vers la proximité de l'os lacrymal. Maintenant quelques coups de ciseaux rapides pour enlever la muqueuse de la paroi latérale du nez. Si la tumeur a pris naissance dans le méat moyen ou sur le cornet inférieur, elle est enlevée en même temps que la muqueuse. Nous avons maintenant devant nous l'intérieur du nez; on peut nettoyer commodément avec conchotome et curette le labyrinthe ethmoïdal et, si nécessaire, la paroi antérieure du sinus sphénoïdal.

Pour cette partie de l'opération, un fort éclairage de la région est particulièrement nécessaire. Le regard plonge maintenant librement par le choane dans le cavum. Si on résèque la partie postérieure du septum ou si on la repousse simplement, on peut attaquer les tumeurs prenant naissance dans le cavum. L'accès à la cavité frontale est libre après résection des cellules ethmoïdales antérieures. Si la tumeur a envahi le sinus frontal, il est expressément recommandé de réséquer la paroi antérieure de cette cavité et d'élargir le conduit naso-frontal.

Après avoir enlevé tout ce qui paraît suspect, on tamponne la cavité à la gaze au vioforme, et on suture la plaie buccale. Des compresses humides sur le côté opéré, des gargarismes à l'eau boricuée. Le quatrième jour, on enlève le tampon; le cinquième, les points de suture. A partir du dixième jour, le malade lave seul sa cavité.

DENKER a opéré, d'après son procédé, six malades porteurs de tumeur maligne du nez. Dans tous les cas, il a pu se convaincre de la facilité avec laquelle on pouvait examiner le champ opératoire et de la quantité relativement minime de sang perdu. Les mêmes expériences favorables ont été faites par les professeurs Neumayer, Manassé, Kümmel. L'opinion de Uffenorde, que le procédé rend difficile l'accès à l'ethmoïde antérieur, ne paraît pas justifiée, si on a soin de repousser suffisamment haut les parties molles et si les parties inférieures de l'os nasal et de l'apophyse nasale du maxillaire sont enlevées.

Séance du 23 avril.

Présidents d'honneur : M<sup>me</sup> BUTLER, SCHMIEGELOW, SÉMON, COSTINIU.

SIR FELIX SÉMON (de Londres) (rapporteur). — **Traitement général des affections locales des voies respiratoires supérieures.** — L'orateur commence ses explications en s'excusant de l'aridité du sujet. Il a trouvé qu'il remplirait le mieux sa tâche en énumérant les éventualités dans lesquelles le traitement général réclame la majeure partie dans les affections respiratoires supérieures, ou constitue la seule possibilité de les guérir. Sémon ne veut nullement diminuer la valeur du traitement local, qui constitue l'essence et la fierté de notre spécialité. Il s'agit d'énumérer les conditions dans lesquelles une fois le traitement local, seul, une fois sa combinaison avec le traitement général et une autre fois le traitement général seul sont indiqués. D'après ces principes, Sémon traite d'abord des affections qui sont communes à toutes les parties des voies respiratoires supérieures, comme le lupus, la tuberculose, la syphilis, les tumeurs malignes, les intoxications, la diphthérie, etc., dans lesquelles le traitement général est particulièrement indiqué. Il existe certaines affections des muqueuses qui dépendent des affections du tégument externe et dont le traitement leur est subordonné.

En terminant, Sémon passe rapidement en revue les affections des voies respiratoires, qui ont une localisation de préférence. Ainsi il mentionne, pour le nez, l'asthme des foin et le coryza nerveux. Il rappelle ensuite quelques affections du pharynx où le traitement général est le plus important. Il mentionne les affections de la glande thyroïde, dans le traitement desquelles une nouvelle ère a commencé depuis l'introduction des préparations opothérapiques. Il termine par les phrases suivantes : « L'énumération des différentes éventualités dans lesquelles le traitement général joue un rôle dans les affections des voies respiratoires supérieures constitue une nouvelle preuve du vieil adage que personne ne peut être un bon spécialiste s'il n'est pas en même temps un bon médecin général. »

*Discussion.*

WAGGELT raconte l'histoire d'un malade qui, pendant six mois, a suivi un traitement pour une rhinite spasmodique avec urticaire.

Le traitement a été basé sur les examens opsoniques. Le résultat s'est fait attendre, et il a fallu ajouter le traitement local.

FLATAU. — Les troubles de la voix sont éminemment influençables par les exercices respiratoires. Il ne faut pas s'étonner si les résultats de la gymnastique seulement sont différents. Le trouble de la respiration contre lequel elle est dirigée est, de sa nature, secondaire à d'autres lésions, et d'autres facteurs encore jouent un rôle dans la guérison. Ce serait un leurre de croire que les exercices respiratoires amènent une guérison dans tous les cas de troubles de la voix.

WATSON WILLIAMS a eu des expériences analogues à celles de Waggelt. Nous ne devons pas perdre notre temps et celui des malades à faire un traitement général quand le traitement local est plus expéditif.

Dans le chapitre des affections rhumatismales, tuberculeuses et syphilitiques, un traitement local raccourcit beaucoup la durée de la maladie.

MOURE (de Bordeaux). — **Sur la trachéo-thyrotomie.** — En quelques mots, Moure retrace l'historique de la question. On a d'abord opéré en deux temps : on faisait en premier lieu la trachéotomie pour habituer le malade à l'air ; ensuite on ouvrait le larynx. On fut bientôt convaincu que l'opération en un seul temps donnait d'aussi bons résultats, et aujourd'hui tous les chirurgiens opèrent dans un seul temps. Le désaccord règne sur la position à donner au malade et le choix de la canule. Plus ou moins, on commence à s'apercevoir que la canule de Trendelenbourg ou de Hahn est inutile, et que la position ne joue pas un rôle si important. On peut employer la canule ordinaire et opérer dans la position horizontale. Quant à l'opération, il faut tenir compte des conditions dans lesquelles on intervient. Pour les corps étrangers, pour les tumeurs malignes, on peut ouvrir le larynx sans toucher à la trachée. Veux-t-on opérer plus sûrement, avoir une narcose plus régulière, il faut faire la trachéotomie, qui donne pleine sécurité sous ce rapport. La trachéotomie est sans inconvénient. L'opération comporte les temps suivants : ouverture, hémostase, introduction de la canule. On continue la narcose par la canule en bouchant l'orifice supérieur avec de la gaze. Thyrotomie, nettoyage, réunion des deux valves thyroïdiennes par deux catguts. Faut-il laisser la canule ? Dans la trachéo-thyrotomie en un temps, Moure enlève la canule trachéale et suture immédiatement. Dans la suite, il faut éviter que le malade ne tousse.

Il y a grand intérêt à ne pas trop ouvrir l'orifice trachéal. Pour cela, Moure recommande l'usage d'une canule aplatie sur les bords qui n'écarte pas la trachée. Les valves se rapprochent facilement ensuite, et les résultats que Moure a obtenus par l'usage de la canule, dont il fait circuler un spécimen, ont été excellents.

#### *Discussion.*

MAYER. — La technique de Moure lui paraît bonne pour les cas indiqués. Dans un grand nombre de cas, la trachéotomie est superflue, et la laryngo-fissure seule est suffisante. Mayer l'exécute sous anesthésie locale pour éviter la pneumonie par aspiration. S'il n'existe pas d'indications spéciales pour la trachéotomie, Mayer donne la préférence à la laryngo-fissure sous anesthésie locale.

SAINT-CLAIR THOMSON. — Il est dans la nature humaine d'arriver d'abord aux méthodes compliquées et ensuite aux méthodes simples.

Herbert-Spencer a déjà dit que l'homme fait toujours mal avant de faire bien. Nous n'employons plus les canules spéciales, nous ne choisissons plus d'autre position que la position horizontale. Saint-Clair Thomson conseille de ne pas suturer de suite, d'attendre au moins quelques heures et quelques jours.

THOST. — La canule de Moure est intéressante; sa forme est plate, lui permettant pourtant de laisser passer suffisamment d'air si ce passage doit être temporaire. Les dimensions de la canule ont certainement une influence pour les suites de la trachéotomie. Déjà Gersuni s'est occupé de modifier la forme de la canule.

On peut dire que les canules allemandes sont toutes mauvaises, et la canule de Moure rendra service quand sa courbure aura été modifiée.

GLUCK ne fait pas de trachéotomie dans la laryngo-fissure. Après section de la trachée, il n'introduit pas de canule; avec sa méthode, il peut s'en passer, puisqu'il fistulise la trachée. Quant aux valves thyroïdes, il ne les suture pas après laryngo-fissure.

LUC. — Moure a été son maître. Il a eu occasion de voir avec quelle dextérité Moure a exécuté cette opération. Quand Luc a exécuté sa première opération, il a eu un accident à constater. Après l'opération s'est développé un vaste emphysème, dû très probablement à une mauvaise suture de la trachée. Cette opération change d'aspect quand on remplace l'anesthésie générale par l'anesthésie locale, et, sous ce rapport, Luc recommande

d'ajouter au badigeonnage l'injection par voie externe d'une solution d'adrénaline et cocaïne. On obtient ainsi une anesthésie locale complète, et on opère presque sans une goutte de sang. Ainsi, la trachéotomie devient inutile. Luc demande s'il n'y a pas avantage à associer la cricotomie à la thyrotomie. Pour lui, cette combinaison offre l'avantage de permettre une meilleure inspection de l'intérieur du larynx.

GRÜNWALD. — L'opinion générale tend de plus en plus vers la méthode de Gluck, surtout parmi les chirurgiens. Si Grünwald insiste, c'est pour marquer que Félix Sémon défend une opinion contraire. Il est évident qu'il faut simplifier les opérations autant que possible. Donc pas de narcose générale. Grünwald a vu des cas où les trachéotomisés, après la première respiration, ont eu une syncope, qui, dans un cas, s'est terminée par la mort. L'anesthésie locale suffit toujours. Une autre question est le gonflement de l'intérieur du larynx après l'opération. Il est arrivé une fois à Grünwald d'être appelé chez un malade chez lequel, après laryngofissure, il avait procédé à une cautérisation énergique de l'intérieur du larynx. Grünwald a dû introduire pour combattre l'asphyxie très menaçante une canule par l'angle inférieur de la plaie et a dû la laisser pendant dix heures. Il préfère ne pas suturer le cartilage.

SÉMON a eu avec sa méthode jusqu'à présent de si bons résultats qu'il ne peut pas se décider à la délaissier. La canule ne provoque pas de danger chez lui, parce que il l'enlève de suite après l'opération. Il met en garde et très énergiquement contre l'anesthésie par la cocaïne-adrénaline. Cette anémie artificielle est achetée au prix d'un tel risque que mieux vaut s'en passer. Dans les tumeurs malignes, on peut observer des hémorragies formidables, qui deviennent d'autant plus dangereuses que le malade cocaïné ne s'aperçoit que mal de l'écoulement du sang. Ainsi le sang peut être facilement aspiré et provoquer la pneumonie par aspiration, surtout si le malade reste couché sur le côté opéré. Gluck dit qu'il ne suture pas le cartilage thyroïde. Au point de vue du laryngologiste, il faut dire que mieux vaut le faire si on le peut, car une coaptation aussi exacte que possible est nécessaire pour le fonctionnement ultérieur du larynx. Si la suture cartilagineuse est impossible, il faut faire au moins de bonnes sutures profondes dans les muscles.

GLUCK dit que de canules il n'en possède même pas un modèle parmi ses instruments.

MOURE. — Il y a des cas où la trachéotomie est absolument nécessaire. La trachéotomie ne complique pas la laryngo-fissure.

On opère mieux, seulement il faut fermer immédiatement après. Il faut mettre le moins possible d'adrénaline, mais opérer avec cocaïne seule est bien difficile, et souvent on ne peut se passer de narcose générale.

LUC croit résumer l'opinion en disant que la conduite à tenir est différente quand il y a sténose et asphyxie menaçante ou quand il n'y a pas d'asphyxie; la trachéotomie peut être évitée dans ce cas.

**HERBERT TILLEY (de Londres) — Quelques points sur le diagnostic différentiel dans les suppurations chroniques des sinus.** — Les malades atteints de sinusite ont tous des anamnétiques dans lesquels les fièvres spécifiques, surtout la grippe, jouent un rôle. Parmi les symptômes subjectifs, la céphalée est la plus importante à consulter. Toutes les sinusites peuvent exister sans céphalée. Quelquefois cette céphalée a un siège laissant présumer la localisation de la suppuration. Ainsi la céphalée sus-orbitaire se voit dans la sinusite maxillaire et dans la sinusite frontale. Le sinusite ethmoïdale donne des douleurs dans l'œil. La suppuration du sinus sphénoïdal peut se manifester par des douleurs occipitales allant dans le vertex. Particulièrement intéressantes sont les douleurs localisées dans l'oreille et parfois avec une telle constance que l'examineur non prévenu peut faire un faux diagnostic. Il est un moyen pour ramener cette douleur à sa vraie cause. Il suffit d'injecter une petite quantité d'eau oxygénée dans le sinus sphénoïdal pour provoquer immédiatement la douleur caractéristique dont se plaint le malade.

Vertige, instabilité du caractère et apathie générale ont été surtout rencontrés dans la sinusite sphénoïdale. L'anosmie se rencontre également le plus souvent dans la sinusite sphénoïdale et ethmoïdale postérieure. La fétidité de la sécrétion peut ne pas être remarquée par le malade. La constatation du pus dans le nez est importante, mais pas indispensable. La direction dans laquelle le pus s'écoule permettra d'établir le diagnostic (règle indiquée par Hajek). La transillumination est surtout utile pour le sinus maxillaire. Les résultats sont déjà plus douteux dans la sinusite frontale. Règle importante: commencer toujours par la plus petite intensité de lumière et augmenter ensuite. Quant à la ponction du sinus, Tilley conseille de la répéter à un intervalle de quatre ou six heures. S'agit-il du sinus frontal, il est préférable de remplacer le lavage par l'insufflation d'air. On dit que la sensation de se trouver avec la sonde dans le sinus frontal n'est pas toujours nette et qu'il faut contrôler la position de la sonde par les rayons X. Tilley n'a jamais senti ce besoin. Quant aux rayons X, comme

moyen de diagnostic de la sinusite frontale, Tilley dit avoir vu au congrès de Toronto, en 1906, des skiagrammes, présentés par Coakley, montrant des sinus frontaux normaux, qui, en réalité, étaient malades. Néanmoins Tilley ne nie pas l'importance de la radiographie pour le diagnostic des sinusites. Il est impossible de laver les sinus par leur orifice naturel. Tilley dit, en terminant, qu'en faisant un choix judicieux de tous les éléments, en sectionnant, si nécessaire, le cornet moyen, on arrive à établir un diagnostic avec certitude.

#### *Discussion.*

VON EICKEN. — Les anamnestiques sont très importants à recueillir. On procède ensuite à l'inspection du nez et on ajoute immédiatement l'examen par les rayons X avant de faire le moindre lavage. La diaphanoscopie a rendu à la clinique de Fribourg de grands services. Après ces différents examens, on procède à un examen détaillé par la ponction des sinus et aux lavages, pour lesquels la rhinoscopie médiane (spéculum de Killian) est grandement à recommander.

Il ne faut pas s'attendre à trouver toujours du pus. Quelquefois la disproportion entre la constatation objective et les plaintes du malade est frappante. Von Eicken rappelle un cas de sinusite frontale, observé à la clinique de Fribourg, qui ne montrait presque pas de pus dans le nez, et pourtant il s'agissait d'un abcès perforé dans l'orbite avec carie de la paroi postérieure et antérieure. Dans ces cas de sinusite avec presque pas de pus dans le nez, les rayons X et la diaphanoscopie donneront peut-être des résultats positifs; mais il est certain qu'il existe des cas où, en l'absence de tout phénomène objectif, il faudra opérer sur le seul symptôme de la douleur.

WATSON appelle l'attention sur le symptôme de la douleur irradiée dans l'oreille à la suite d'une sinusite sphénoïdale. Watson a été consulté pour un garçon de 12 ans, se plaignant de douleurs insupportables dans l'oreille.

En l'absence de tout autre symptôme de l'oreille, et en se basant sur le diagnostic net d'une sinusite sphénoïdale, Watson propose aux parents le traitement endo-nasal, ce qui ne fut pas accepté, et le malade a été mis entre les mains d'un autre spécialiste. Watson a appris plus tard que l'enfant est mort d'une méningite cérébro-spinale.

HAJEK trouve que, loin de médire de l'examen par les rayons X, par l'aspiration, il accepte avec plaisir tous ces moyens d'investi-

gation pour reconnaître les sinusites. Nous n'avons pas encore assez de moyen de diagnostic, car il lui arrive encore de ne pas les reconnaître toutes. On peut dire qu'il existe des sinusites qui n'occasionnent que peu ou pas de symptômes, et, parmi ces affections, il en est de très graves même, qui peuvent échapper à des examens répétés et se manifester brusquement après plusieurs mois d'observation et de recherches. C'est surtout le sinus sphénoïdal, dont la suppuration est facilement méconnue. A ce propos, on peut dire qu'un seul symptôme net, positif, prouve plus que tous les symptômes négatifs. Quand on a vu le pus, la sinusite existe. En terminant, Hajek voudrait mettre en garde contre l'exagération de la valeur d'un procédé de technique sur les autres pour la reconnaissance des sinusites. Tous les moyens de diagnostic réunis ont une valeur. De même il ne faut pas attacher trop d'importance au symptôme douleurs pour la localisation de la sinusite.

WAGGET recommande le trocart de Killian de préférence à la canule de Lichtwitz pour la ponction du sinus maxillaire.

GRÜNWALD. — La non-reconnaissance des sinusites est fréquente. Il est préférable de parler d'inflammation du sinus au lieu de suppuration. Les transitions sont très grandes entre ces différents états. Il existe des cas qui restent pendant des années probablement à l'état d'inflammation simple, jusqu'à ce qu'un jour une exacerbation aiguë amène la suppuration. De pareilles sinusites donnent très peu de chances à une thérapeutique radicale. Deux vieux moyens de diagnostic sont peu employés par la plupart des spécialistes : 1° l'inspection ; 2° le tamponnement provisoire. Par le tamponnement provisoire, on peut démontrer l'existence du pus dans les cas où les autres moyens échouent. Le tamponnement permet aussi de séparer les cavités voisines les unes des autres. Jointe au tamponnement spécial, l'inspection des cavités rendra des services.

KUTTNER, HAJEK et GRÜNWALD ont dit que nombre de sinusites graves peuvent échapper à notre examen attentif. Cette remarque a été juste, jusque dans ces derniers temps. Depuis que la technique des rayons X a été simplifiée de plus en plus, une affection sérieuse du sinus a peu de chances d'échapper au diagnostic. Ces remarques ne se rapportent qu'aux sinus antérieurs. Le sinus sphénoïdal résiste encore aux rayons X. En résumé, on peut dire qu'à part les sinusites qui ne se manifestent pas cliniquement, chaque sinusite assez sérieuse pourra être reconnue en combinant l'examen par les rayons X avec les autres procédés de notre spécialité.

THOST recommanderait tout particulièrement le procédé par l'aspiration. La raréfaction de l'air ramène la sécrétion même des cavités les plus reculées.

VOHSEN. — Il est inutile de recourir à des instruments compliqués pour obtenir des résultats que des moyens plus simples peuvent donner également. Pourquoi se servir des différents aspirateurs quand il suffit de souffler par le nez en comprimant le nez. Vohsen voudrait aussi attirer l'attention sur un bruit particulier que le malade entend dans les cas de sinusite aiguë après avoir mouché son nez. Le malade entend des sortes de ronchi sibilants qui sont provoqués par l'égalisation de la différence de pression qui existe dans le nez et dans le sinus.

RÉTHI. — Il est évidemment indifférent par quel procédé on peut aspirer le pus. Réthi a l'habitude de faire un Politzer négatif. Le bruit dont parle Vohsen n'est pas caractéristique de la sinusite.

ONODI donne une lecture des résultats qu'il a obtenus de la transillumination et de la röntgenisation du sinus frontal de 1 200 crânes.

A l'examen aux rayons X, dans 5 p. 100, le sinus frontal a été trouvé absent des deux côtés et exceptionnellement d'un seul côté. L'examen par la diaphanoscopie a montré que les sinus frontaux étaient absents dans 30 p. 100 des cas de deux côtés : du côté droit dans 10 p. 100, et autant de fois du côté gauche. Onodi montre trois crânes qui, après avoir été transilluminés et radiographiés, ont été ouverts. Sur le premier crâne, il n'existait pas de sinus frontal ; sur le deuxième, trépanation, éclairage, skiagramme, concordaient entre eux ; sur le troisième, l'éclairage électrique laissait voir seulement des traces d'un sinus frontal, tandis que les rayons X et la trépanation ont montré des sinus frontaux bien développés. On a tort de prétendre que les races inférieures ont des sinus frontaux petits. Le résultat négatif de l'éclairage électrique est causé par l'épaisseur de la paroi osseuse. Cet obstacle n'en est pas un pour les rayons X. Les épreuves de contrôle ont pleinement confirmé la valeur des rayons X pour le diagnostic des suppurations des sinus frontal, ethmoïdal antérieur, maxillaire. Dans beaucoup de cas, il y a eu concordance entre l'examen par les rayons X et celui par l'éclairage. Quand la paroi osseuse du sinus frontal est mince, la transillumination permet de reconnaître l'étendue du sinus frontal. Pourtant il faut remarquer que, de même que le septum interfrontal peut être transilluminé, de même les parties osseuses limitant le sinus frontal peuvent

donner passage aux rayons lumineux. Ainsi on peut obtenir des espaces clairs plus grands que le sinus frontal. Le fait que, dans une certaine épaisseur de la paroi osseuse du sinus frontal, l'éclairage électrique ne suffit pas ou peu pour éclairer le sinus frontal prouve l'insuffisance de la diaphanoscopie employée seule. Elle conduit à de fausses conclusions, et il faut, dans chaque cas, surtout avant l'intervention chirurgicale, contrôler ces résultats par les rayons X.

WASSERMANN ne partage pas l'enthousiasme de Kuttner pour les rayons X comme moyen d'investigation pour les sinusites. Il connaît 3 cas de sinusite où l'examen aux rayons X s'est montré insuffisant.

HERYNG (de Varsovie). — **La thérapie par l'inhalation.** — Le traitement par inhalation n'a pas d'amis parmi les médecins. Heryng croit que la raison tient non pas à la méthode, mais à la façon ou à la pratique. Dans les stations thermales, le traitement par inhalation est généralement confié à des non-médecins, infirmiers, masseurs, rebouteurs, qui, loin de s'astreindre aux prescriptions médicales, — et il faut dire que celles-ci sont rarement très explicites, — font un traitement d'après leur seule inspiration.

Les appareils eux-mêmes sont souvent défectueux. Depuis l'appareil de Waldenbourg, il n'y a pas eu un progrès à constater dans la fabrication de ces appareils. Heryng s'est demandé si, par l'inhalation, on ne pouvait pas administrer des médicaments d'une façon plus énergique et plus systématique qu'on a l'habitude de le faire. Il a institué quelques expériences pour savoir combien de liquide on pouvait impunément injecter à la fois dans la trachée d'un animal. Il a trouvé que, chez le chien, 30 centimètres cubes injectés dans la trachée, après cocaïnisation préalable, étaient parfaitement supportés, 50 centimètres cubes d'un liquide tiédi, prudemment injectés, étaient également bien supportés. A l'auscultation du poumon, on entend une crépitation fine; mais, une demi-heure après, on ne trouve plus une goutte du liquide quand on sacrifie l'animal. Heryng rappelle l'expérience faite par deux étudiants de Montpellier, qui, chargés de tuer un cheval malade, ont eu l'idée de lui injecter du liquide dans la trachée. En deux heures, il leur a fallu injecter pas moins de 32 litres avant que le cheval ne succombât. On peut localiser le liquide qu'on injecte dans le poumon, d'après la position qu'on donne à l'animal. Vu l'étendue colossale que forme l'aire du poumon, 50, 100 et 200 centimètres cubes peuvent être considérés comme quantité négligeable, et c'est en se basant sur ces

considérations que Heryng s'est vu encouragé à faire ses expériences sur l'homme sur une plus large étendue. Généralement, les appareils à vapeur permettent, sur 100 parties de vapeur, seulement à un tiers à peu près l'entrée dans le poumon. La température à la sortie du tube est de 30°. A cette température, rien ne peut pénétrer dans la profondeur, parce que la température dans le poumon est plus élevée.

Avec les appareils ordinaires d'inhalation, un autre inconvénient est à signaler, c'est que la pulvérisation n'est pas assez fine. Bulling a démontré qu'une particule du liquide pulvérisé devait avoir un diamètre au-dessous de  $\frac{1}{500}$  de millimètre pour pouvoir entrer dans l'alvéole, qui elle-même a à peu près le double du diamètre.

C'est une condition importante pour que le liquide puisse pénétrer dans l'alvéole. Heryng a modifié l'appareil de Bulling d'après ces considérations. Il lui a fallu modifier cet appareil parce qu'il est trop cher, trop compliqué, que la vapeur n'est pas assez chaude, qu'il ne fournit pas en assez grande quantité ; de plus, le tube doit être pris dans la bouche, et de ce fait le malade ne peut pas faire un maximum d'inspiration.

L'appareil de Heryng a été purgé de tous ces inconvénients, et le grand avantage sur lequel Heryng insiste particulièrement est une modification qui lui permet de varier la température entre les larges limites de 15 à 60°.

On s'est trop longtemps borné à ne traiter par l'inhalation que les premières voies respiratoires. C'est un tort.

L'application des médicaments par l'inhalation donne de bons résultats dans une foule d'autres cas. Ainsi Heryng a administré du strophantus dans les cas de faiblesse du cœur avec excellents résultats. Avec seulement 0,2 de pyramidon en inhalation, il a obtenu une chute de température rapide durant plusieurs heures. L'iodure de potassium inhalé a été décelé, quinze minutes après l'inhalation, dans les urines, tandis que, dans l'application par la bouche, les premières traces de l'iodure de potassium se montrent seulement dans les urines après trois heures. La syphilis, l'asthme, l'artériosclérose, les rhumatismes se laissent commodément soigner par les inhalations des médicaments appropriés. C'est surtout dans la phthisiothérapie que ce procédé est appelé à rendre de grands services. Il ne faut pas craindre que cette méthode expose à l'hémoptysie ou à la fonte des infiltrations.

*Discussion.*

HENNING. — L'appareil de Heryng fonctionne dans son établissement, et il a pu se rendre compte que beaucoup d'avantages énumérés par son inventeur le rendent appréciable. Mais, comme tous les autres appareils, il a ses inconvénients. Il faut surtout se méfier du réglage, qui expose à la brûlure.

ARONSOHN. — L'appareil de Heryng est bon pour la trachée seulement, mais il développe un tel spray que les malades sont littéralement inondés. Pour les affections du larynx, il ne faut pas de pulvérisateur spécial. Les appareils ordinaires du commerce suffisent.

DRESDNER fait une critique d'une violence inouïe qui n'est justifiée ni par la question en discussion, ni par le lieu où la communication a été faite.

HERYNG dit en terminant qu'il n'a pas voulu présenter son appareil comme dernier perfectionnement. Quoique personnellement ayant fait faire dans son établissement plus de 5 000 inhalations, il n'a jamais entendu ses malades se plaindre ni de brûlures, ni d'inondation. Il tenait surtout à appeler l'attention des médecins sur les grands services que le procédé d'inhalation peut rendre en thérapeutique.

FLATAU (de Berlin). — **Nouvelles expériences sur la phonasthénie.** — Dans la phonasthénie, à côté des symptômes objectifs, il faut aussi tenir compte des phénomènes subjectifs, qui parfois sont au premier plan des troubles. Flatau a surtout pu étudier le symptôme douleur. Les malades se plaignent parfois de douleurs dans la nuque. Plus caractéristiques sont les douleurs localisées dans le maxillaire inférieur et surtout dans le menton. L'intensité de ces douleurs peut être telle que les malades renoncent même à la parole. Il existe alors un véritable état de phonophobie.

BURGER (Amsterdam) (rapporteur). — **L'importance au point de vue diagnostique et thérapeutique des rayons X et du radium dans la laryngologie et la rhinologie.** — Les rayons X ont une valeur pour l'embryologie, parce qu'ils permettent d'examiner les préparations sans les détruire. Même avantage pour l'anatomie, surtout pour l'enseignement des étudiants. On peut montrer les préparations injectées avec des métaux lourds, ramifications fines des vaisseaux de l'arbre bronchique. Les rayons X ont permis de reconnaître que l'ossification des cartilages du larynx commence

dans la dix-huitième année. On peut, par les rayons X, étudier la topographie des organes, intéressante sur le vivant seulement, comme par exemple la situation du larynx vis-à-vis de la colonne vertébrale. Les rayons X ont permis de reconnaître les côtes cervicales dont l'ablation est importante. Dans la physiologie de la respiration, de la déglutition, de la phonation, du mouvement du diaphragme, des mouvements de la langue, les examens aux rayons X ont été particulièrement utiles. Dans la clinique, il faut rappeler seulement les recherches des corps étrangers, projectiles, recherches qui se font le plus commodément par les rayons X. On peut dire aujourd'hui que, sans que cette méthode soit infaillible dans tous les cas, les corps étrangers, non reconnus par les rayons X, sont des raretés. L'examen aux rayons X, à savoir la radioscopie et la radiographie, doit toujours être conseillé dans les cas douteux. Souvent, par les rayons X, on reconnaîtra que le corps étranger supposé dans l'œsophage l'a déjà quitté et se trouve dans l'estomac ou les intestins. La radioscopie devrait être également faite comme acte préparatoire à l'œsophagoscopie. Non seulement elle renseigne sur la position et au besoin sur le caractère du corps étranger, mais elle permet encore de reconnaître et de se méfier d'un anévrisme de l'aorte. Pour le thorax, la radioscopie est toujours préférable à la radiographie. La radiographie doit toujours être faite dans deux directions. Quant aux corps étrangers des bronches, la radioscopie renseignera encore quand les anamnestiques seront en défaut. Souvent, quand les corps étrangers sont trop profondément situés dans les bronches, la bronchoscopie peut être négative et la radioscopie positive.

Pour le nez, la radioscopie a permis de faire des diagnostics dans les fractures quand, par la tuméfaction, les autres symptômes ne peuvent pas être reconnus. Quant aux tumeurs, on peut, par les rayons X, les localiser et reconnaître leur siège exact (orbite ou sinus frontal par exemple). A la base du crâne, on a déjà diagnostiqué des élargissements de la selle turcique. Les sinus périmaxillaires commencent à être de plus en plus explorés par les rayons X, qui nous renseignent sur leurs dimensions et sur leur contenu. Il est intéressant d'examiner aux rayons X les sinus avant et après l'opération.

Pour le diagnostic exact des sinusites, l'examen par les rayons X n'est pas suffisant ; il permet de comparer les deux côtés et de constater lequel des deux sinus est opaque. Dans la sinusite bilatérale, ce moyen de diagnostic nous échappe. Pourtant il faut dire que, pour le diagnostic de la sinusite frontale et ethmoïdale, l'exa-

men par les rayons X est assez important. Pour les inflammations du sinus maxillaire, les rayons X sont peu utilisables et, pour le sinus sphénoïdal, actuellement encore inutilisables.

Pour les dents, les rayons X sont importants pour reconnaître des dents aberrantes, des kystes dentaires. Pour le cou, les rayons X sont peu importants; ils ne laissent pas reconnaître les altérations des muqueuses. De même la glande thyroïde normale leur échappe.

Dans la trachée, on peut reconnaître les sténoses, les déviations, mieux même que par la trachéoscopie. Dans le thorax, on a reconnu l'existence des ganglions tuberculeux, des tumeurs médiastinales. Pour l'anévrysme, les rayons X ne sont pas absolument probants, en ce sens qu'ils permettent la confusion avec un cancer de l'œsophage. La pulsation caractéristique de la tumeur prouve bien l'anévrysme, mais son absence ne plaide pas contre l'anévrysme. Les rayons X ont permis aussi tout dernièrement de reconnaître une cause rare de la paralysie du récurrent, celle due à la sténose mitrale. Pour l'œsophage, l'éclairage transversal de droite et en avant à gauche et en arrière est recommandable. Les progrès qu'on a faits dans la pathologie des maladies de l'œsophage sont en grande partie dus à la technique perfectionnée des rayons X. Le sac de bismuth, la sonde remplie de métal ont permis de reconnaître la dilatation de l'œsophage et les diverticules. Pour la reconnaissance des diverticules, le procédé suivant est à recommander : on introduit un ballon dans le diverticule et on insuffle l'air dans le ballon. De cette façon, le diverticule se dessine très bien dans le radiogramme. Pour les tumeurs de l'œsophage, la radioscopie est peu utile; les services qu'elle rend sont meilleurs pour la reconnaissance des sténoses de la trachée.

GRADENIGO (de Turin) (co-rapporteur). — L'action destructive des rayons X ne s'étend généralement qu'à 1 centimètre de profondeur. Exceptionnellement, l'action est plus profonde. On a déjà constaté des intoxications à la suite de la radiation quand, après la destruction des grandes masses de tumeurs, il y a eu résorption trop rapide. On a même constaté la mort. Il faut dire que la radiostergie favorise également la formation des métastases. Pour la partie externe du nez et les lèvres, les rayons X donnent dans les grandes ulcérations des cicatrices qui sont plus régulières que celles obtenues par la cautérisation ou l'opération sanglante. La récurrence est fréquente, mais la cure peut être répétée. Il faut même, après disparition d'un cancroïde, continuer la cure. Contre l'*ulcus rodens*, l'aktinothérapie est moins efficace; il persiste sur le bord

de l'*ulcus* des endroits qui ne veulent pas guérir. Si l'on insiste sur le traitement, ces ulcérations deviennent douloureuses et très torpides.

Il est en conséquence préférable de faire l'ablation de l'*ulcus rodens* et de traiter ensuite par irradiation. Pour le *lupus*, on peut voir des choses analogues. Parfois les résultats sont brillants.

En tout cas, la radiothérapie est préférable à la finsenothérapie. Généralement le traitement mixte par l'extirpation et par la radiothérapie donnera les meilleurs résultats. Contre les eczémas chroniques de l'entrée du nez, voire même les ulcérations tuberculeuses, sycosis, kéloïde, la radiothérapie est recommandable. Les muqueuses sont très récalcitrantes, mais on a obtenu par la radiothérapie de beaux résultats. Tout dépend de la technique et des difficultés locales, comme par exemple il est plus difficile d'opérer avec résultat contre une affection intranasale que contre une affection intrabuccale ; contre le sclérome, la radiothérapie est le moyen préférable. On a vu des guérisons de la leucoplasie des joues et du palais par la radiothérapie. La radiothérapie peut être considérée comme le moyen le plus efficace contre la leucoplasie. Bons résultats dans la kératose du pharynx. Le pronostic est mauvais pour les épithéliomes de la langue, des lèvres. On ne connaît pas un seul cas de guérison.

Par contre, on connaît des cas de tumeurs malignes de l'amygdale, des lymphosarcomes qui ont été heureusement influencés par les rayons X, au moins au début ; car la récurrence a été la règle presque toujours, et parfois de graves intoxications ont compromis le résultat. De différents côtés, on a essayé la radiothérapie avec résultat contre les pharyngites, l'ozène, la tuberculose du larynx. Pas un cas de guérison de cancer du larynx. La technique pour l'œsophage est encore à l'étude.

Quant aux ganglions cervicaux, il faut être prudent, parce qu'on a constaté la fonte avec suppuration des ganglions tuberculeux, indolents jusque-là. On a signalé de bons résultats de la radiothérapie dans le traitement de la maladie de Basedow, le goitre parenchymateux.

En résumé, on peut dire que les rayons X ont une action spécifique contre les tumeurs malignes. Il faut seulement perfectionner la technique, surtout quand il s'agit des cancers du larynx et de la langue.

Le traitement par le radium donne en somme les mêmes résultats que la radiothérapie. On peut pourtant dire que, malgré le

prix très élevé du radium, son action n'est pas aussi énergique que celle des rayons X. Le radium a l'avantage sur les rayons X de laisser doser son action et d'éviter ainsi quelques-uns des grands inconvénients des rayons X. Le radium peut être employé dans des cavités où les rayons X ne peuvent pas être dirigés. Les plus utiles sont les rayons  $\gamma$  (*gamma*), et il est préférable d'exclure les deux autres rayons  $\alpha$ ,  $\beta$ . Il paraît recommandable également de contrôler la radio-activité de la préparation dont on se sert. Les meilleurs résultats ont été obtenus dans le cancer de l'œsophage, dans la leucoplasie, dans l'ozène.

#### *Discussion.*

KILLIAN a fait 64 radiogrammes dans la position sagittale d'arrière en avant. Pendant qu'une partie de ces radiogrammes ont été montrés par un appareil de projections, le professeur de Fribourg a expliqué sur les préparations de quelle façon il a fait son propre apprentissage, et il a démontré ce qu'il faut voir et comment il faut voir sur un radiogramme. Passant du cas normal au cas pathologique, Killian a montré comment, dans des cas particulièrement caractéristiques, un seul regard sur un radiogramme peut montrer si le sinus frontal ou ethmoïdal est malade ou non. Killian insiste sur ce fait que la radioscopie seule est absolument incapable d'indiquer s'il existe une sinusite ou non. Mais, pour confirmer un diagnostic, pour renseigner sur le terrain que l'on va attaquer par l'opération, la radioscopie est à tel point importante que, depuis qu'il s'en sert, Killian ne pourrait plus y renoncer.

VON EICKEN montre quelques préparations provenant d'enfants en bas âge.

SCHREIER fait ensuite la projection de quantités de radiogrammes, très démonstratifs, sur l'anatomie du sinus frontal et ethmoïdal, qui était déjà en partie connue par les publications antérieures.

KUTTNER (de Berlin). — **Quelle est la valeur de la radiographie pour le diagnostic et le traitement des affections sinusales** (avec démonstrations) ? — En raison des beaux résultats obtenus dans le traitement des sinusites du nez, il est de notre devoir de perfectionner nos moyens de diagnostic pour ne plus avoir besoin de recourir, dans les cas douteux, à la dernière extrémité, l'ouverture exploratrice du sinus. Sous ce rapport, les rayons X ont paru à Kuttner particulièrement utilisables; mais, comme l'expérience d'un

seul ne suffit pas pour former une opinion sur une question si grave, il est très heureux de comparer ses résultats à ceux obtenus par d'autres expérimentateurs. Une quantité de röntgenogrammes faits par la Société d'électricité Sanitas de Berlin ont été montrés par l'appareil à projections. A la suite de cette démonstration, le professeur de Berlin émet les conclusions suivantes : Nous possédons dans la radiographie un moyen excellent pour le diagnostic des sinusites du nez. Elle nous renseigne sur l'existence, les dimensions et le contenu d'un sinus. Une réelle affection du sinus avec image radioscopique absolument claire n'a jamais été constatée par Kuttner. Un obscurcissement de l'image laisse supposer une affection du sinus. Mais on voit très souvent un voile sur les parties correspondant aux sinus sur la plaque radiographique, qui en réalité ne sont pas malades. Dans beaucoup de cas, une disparition de ce voile ne s'observe pas même après opération radicale. Dans ces cas, l'os a déjà subi des altérations qui ne disparaîtront plus. En conséquence, il ne faut pas, d'après un examen positif par les rayons X, se hâter aussi de faire un diagnostic clinique. L'examen par les rayons X peut conduire et soutenir l'examen clinique, mais il ne peut pas le remplacer. Là où l'examen clinique et le röntgenogramme sont en opposition, le résultat clinique seul décide.

*Séance du 24 avril.*

*Présidents d'honneur :* NAVRATH, MASSÉI, DIMITRIADES, HOLMGREN, MERMOD.

BAUMGARTEN (de Budapest). — **L'influence des sténoses du larynx et de l'œsophage sur l'appareil génital.** — Aussi éloigné que soit l'appareil génital, il est indiscutable qu'il exerce une influence sur le larynx. Si l'on voulait mentionner tous les symptômes subjectifs, on se verrait obligé de répéter tout ce que nous savons sur les névroses réflexes. Parmi les symptômes objectifs, on connaît depuis longtemps la voix des eunuques, les perturbations de la voix pendant la mue qui, du reste, se voient aussi chez la jeune fille (Stserck).

Dans tous les sanatoria, on peut constater que les infiltrations du larynx augmentent pendant les périodes menstruelles. Au moment des époques, on constate chez les tuberculeuses de la fièvre, des hémoptysies. Quant aux sténoses de l'œsophage, les règles peuvent être

supprimées non pas du fait de l'affection qui a causé la sténose, mais du fait de l'existence de la sténose elle-même. Sur 20 cas examinés par Baumgarten, 12 femmes n'avaient plus leurs époques; les 8 autres n'avaient pas de sténose très prononcée. Après guérison de la sténose, les époques ont réapparu. Baumgarten a pu faire des constatations analogues dans les sténoses du larynx. Les sténoses chroniques du larynx sont rares chez la femme. Baumgarten a vu une femme atteinte de sténose à la suite de sclérome. Quand le tube dilateur a pu passer, la malade a eu de nouveau ses époques, qui avaient cessé depuis deux ans. Baumgarten a pu constater chez presque toutes les femmes atteintes de périchondrite du larynx des troubles menstruels. Chez l'homme, des constatations analogues sont évidemment plus difficiles à faire, et il est certain que l'affection psychique accompagnant les maladies graves occasionnant des sténoses suffit pour expliquer les troubles génésiques.

MASSÉI (de Naples). — **Tumeurs géantes.** — Dans trente-six ans de pratique, Masséi a observé, sur 800 cas de tumeurs du larynx et du pharynx, 40 cas qui méritent le nom de tumeurs géantes. Chacune avait une particularité. Dans la première observation, un homme porteur d'une énorme tumeur du larynx s'endormait sans le vouloir brusquement au milieu de son travail. Chez un autre malade, une tumeur diagnostiquée géante un jour avait complètement changé de volume le lendemain, et ainsi de suite.

Un énorme papillome de siège intra-aryténoïdien nécessitant la trachéotomie a été opéré chez un enfant. Chez un phthisique aphone, Masséi essaye d'enlever une tumeur énorme. Plusieurs essais d'extraction ont été infructueux. La nuit suivante, le malade expectore sa tumeur. Un énorme adéno-épithéliome a été enlevé par Masséi d'un seul coup de pince. Dans un cas de sarcome du larynx, Masséi a pu retrouver la sarcomatose généralisée de la peau décrite par Kaposi. Ces cas ne seraient pas si rares si on examinait la peau du malade également dans chaque cas. Masséi a vu encore un autre cas à peu près analogue. Les deux cas étaient du reste caractérisés par une bénignité toute particulière. De ces descriptions, Masséi tire les conclusions suivantes : certaines tumeurs du larynx prennent un volume considérable. Elles gardent ce volume parfois seulement pendant une phase transitoire ; elles méritent le nom de tumeurs géantes ; leur point de départ est difficile à trouver, et un examen microscopique est nécessaire. A part le danger constitué par leur nature, leur volume même offre un danger immédiat nécessitant leur ablation.

**JURASZ** (de Heidelberg) (rapporteur). — **Congrès internationaux de rhino-laryngologie.** — Historique. Plaidoyer vibrant pour l'autonomie de la rhino-laryngologie aux congrès futurs.

*Discussion.*

**SÉMON** ne peut résister au désir de prendre la parole sur une question pour laquelle il lutte depuis vingt-cinq ans. Il propose de choisir un comité d'exécution pour organiser le prochain congrès.

**CHIARI** s'associe aux paroles enflammées de Jurasz. Il est également convaincu de la nécessité de réunir un nouveau congrès international de rhino-laryngologie.

**THOST.** — Il est possible que scientifiquement on puisse trouver des raisons pour séparer l'otologie de la rhino-laryngologie; pratiquement, cette scission est impossible.

**IMHOFFER** (de Prague). — **Les connaissances sur la tuberculose du larynx dans l'antiquité grecque et romaine.** — Imhofer cite quelques textes d'Hippocrate et de Galien pour montrer que la tuberculose du larynx était bien connue dans l'antiquité. On trouve même que le traitement indiqué par les Pères de la médecine est identiquement le même que celui indiqué par Stærk plusieurs siècles après eux. Le conseil de retenir la toux et d'avalier très lentement quelques médicaments, de boire le lait de vache immédiatement après la traite a été souvent repris par les successeurs. Galien croit que le poumon est infecté par le larynx. Comme diagnostic pour le laryngite tuberculeuse, Galien cite la douleur locale au larynx, la petite quantité d'expectoration et l'exfoliation des parties cartilagineuses.

**MADER** (de Munich). — **Contributions nouvelles au diagnostic et au traitement des affections des voies respiratoires supérieures par les rayons X.** — L'influence des rayons X sur les ulcérations est des plus nettes. Les tumeurs malignes ne sont pas si régulièrement influencées. On peut dire que les rayons X calment toujours la douleur, n'occasionnent aucun dommage prudemment employés et sont un adjuvant précieux même dans les cas où objectivement on n'a pas beaucoup obtenu. Quand faut-il donc irradier les tumeurs malignes? Certainement pas quand l'opération promet une prompte guérison. Si le résultat de l'opération est douteux, il est permis d'essayer la röntgenisation. Mader a vu un résultat brillant de l'irradiation d'un cancer du larynx qui a récidivé seule-

ment trois ans après le traitement. Il faut irradier quand le malade refuse l'opération et dans les récidives inopérables. Dans le traitement des goîtres parenchymateux et du lupus, les rayons X ont eu maints succès. Quant au diagnostic, les rayons X ne permettent pas de reconnaître dans chaque cas la sinusite. L'épaisseur des os crâniens constitue parfois un gros obstacle. Le médiastin offre le meilleur champ aux découvertes par les rayons X. Mader cite le cas d'un enfant chez lequel l'examen par les rayons a fait découvrir une tuméfaction de ganglions bronchiques comme cause d'une épistaxis rebelle.

#### *Discussion.*

SCHULER. — L'examen par les rayons X demande des connaissances techniques particulières. Schuler a indiqué des points types dans lesquels l'examen doit se faire et cite les cinq points nécessaires pour les radiogrammes en rhinologie.

ROSENBERG demande si on a eu connaissance d'une lésion du posticus due à l'emploi des rayons X analogue à celle qu'il a eu occasion d'observer dans un cas.

MADER a observé dans un cas des brûlures. On a cité la calvitie, qui du reste est passagère.

WASSERMANN a exposé 40 radiogrammes des cas observés par lui. Le radio-diagnostic a été toujours confirmé par l'opération. Le sinus sphénoïdal est difficile à explorer par les rayons X. L'examen par les rayons Röntgen rend les plus grands services pour le diagnostic des sinusites ethmoidales. Il renseigne aussi sur le procédé opératoire à choisir.

HERZFELD trouve qu'on exagère la valeur de la méthode. Il a ouvert plus de 60 sinus frontaux, et il s'est trompé une seule fois. Ce cas remonte à dix-huit ans ! Il est certain que, pour le sinus maxillaire, l'examen par les rayons X n'est pas d'une nécessité particulière et peut être remplacé par la diaphanoscopie. Il est possible que scientifiquement l'examen par les rayons Röntgen ait sa valeur. En pratique, on peut s'en passer.

KILLIAN demande si Herzfeld a une expérience pratique personnelle de la question. Tout ce que Herzfeld a dit paraît théorique et a l'air de sonner la retraite. Il est certain que les rayons X ont fait avancer l'étude des sinusites. Il est arrivé à Killiam d'avoir reconnu la sinusite seulement après l'examen par les rayons X. La radioscopie lui est devenue indispensable. Non seulement elle le

renseigne sur les détails anatomiques d'un sinus, mais elle indique si le sinus frontal existe ou non.

NADOLECZNY, à propos des inconvénients causés par l'emploi des rayons X, cite la chute des cheveux, surtout manifeste quand on prolonge trop les séances. Actuellement cet inconvénient n'existe plus par le procédé de l'instantané. Enfin, Nadoleczny veut faire remarquer qu'il existe des cas où, sur la plaque de Röntgen, on voit étonnamment peu.

WEIL. — La radiographie peut, grâce aux injections de liquides lourds, être utilisée pour le diagnostic. On peut démontrer par les rayons X comment, par un traitement conservateur, les sinusites même les plus prononcées peuvent disparaître.

DONOGANY a exposé aux rayons X une tumeur pseudo-leucémique de deux tonsilles. Dix séances de dix minutes chaque. Après la dixième séance, dysphagie et formation d'une grosse ulcération sur le voile, qui a fini par se cicatriser.

SCHEIER. — On peut, comme l'a dit Kuttner, voir un voile sur la plaque même après guérison de la sinusite. Une question pratique : Le spécialiste doit-il faire l'acquisition d'un appareil de Röntgen ? La réponse catégorique de Scheier est non. La röntgenographie demande, à part le maniement tout spécial, un grand sacrifice de temps.

BURGER s'élève contre l'idée d'injecter des liquides lourds dans les sinus dans un but de diagnostic seulement. Lui aussi a remarqué la chute des cheveux après l'emploi des rayons X. Il a entendu avec intérêt la critique vigoureuse de Herzfeld, mais il lui répondra que personne n'a songé à employer les rayons X comme unique méthode pour le diagnostic des sinusites; mais on peut dire que celui qui les a employés ne voudra plus s'en passer.

VOHSEN (de Francfort-sur-le-Mein). — A. **Opération des tumeurs malignes de l'amygdale.** — B. **Technique de la transillumination des sinus maxillaire et frontal.** — Vohsen montre sa nouvelle lampe en osmium, qui ne se chauffe pas. Le manche porte le rhéostat permettant de graduer l'intensité de la lumière. On commence par la plus petite intensité et on augmente graduellement. Une séance de transillumination dure bien plus de cinq minutes. Pour le sinus maxillaire, il faut appliquer la lampe en dehors contre les molaires. Pour le sinus frontal, il faut obtenir deux foyers lumineux. A leur intersection se trouve le septum.

FEIN (de Vienne). — **Nouvel adénotome avec démonstration** (décrit dans les *Annales*, t. XXI, 1903, p. 430).

VON EICKEN (de Fribourg). — **Nos expériences sur l'opération de Killian.** — A la clinique du professeur Killian, on a opéré 400 cas de sinusite frontale, dont 42 appartiennent à la clientèle privée du professeur. 20 fois la sinusite a été bilatérale et 7 fois on a opéré les deux côtés en une seule séance. 20 fois on a dû exécuter l'opération sur des malades qui avaient été opérés auparavant ailleurs. Parmi les indications, 4 fois on a opéré par crainte de complications endocraniennes.

Une seule fois, il a fallu opérer pendant un accès aigu. Parmi les autres indications, le traumatisme, la scarlatine ont nécessité l'opération, et quelquefois c'était sur les instances des malades, qui réclamaient l'opération contre leurs douleurs. Dans tous ces cas, l'examen par les rayons X a indiqué une affection nette du sinus. La technique n'a pas beaucoup varié depuis la publication de Killian. Il n'a pas été toujours possible de conserver le pont, surtout quand il y avait carie et fistule. Quand le nez est très étroit, on commence toujours par l'opération du septum pour obtenir un bon drainage vers le nez. Dans les cas où l'on a un accès commode par en haut, il ne faut pas suivre le procédé de Hajek, afin d'éviter la diplopie. Quant à la diplopie, 5 ou 6 malades l'ont gardée plus de un mois. Un malade l'a gardée plus de dix mois. Le diagnostic a été fait dans tous les cas. Killian ne peut pas se décider à l'ouverture exploratrice, parce que le sinus frontal s'infecte toujours après une pareille exploration. Dans tous les cas, d'autres sinus étaient affectés en même temps que le sinus frontal. Le sinus maxillaire l'était dans 20 cas. 2 fois il a fallu sectionner le nerf supra-orbitaire resté douloureux après l'opération; 2 fois également le rameau supra-trochléaire. Sur les 400 cas, on a eu 3 cas de mort : 1 par ostéomyélite, 2 par méningite. On n'avait pas reconnu l'empyème du sinus maxillaire, d'où l'infection mortelle a pris naissance deux fois.

On a demandé des nouvelles de tous les cas opérés : 78 opérés se sont présentés à la clinique pour être réexaminés, 14 ont répondu par lettres. On a pu constater que, chez 60 malades, il y a eu guérison idéale; 16 cas sont restés débarrassés de leurs douleurs, 9 cas débarrassés de tous les ennuis, 16 cas ont présenté une grande amélioration; 2 fois on a encore constaté, après l'opération, des polypes, 1 fois l'asthme préexistant à l'opération a été trouvé amélioré, mais pas guéri; l'ozène n'a jamais été influencé; 5 malades sont restés non guéris.

*Discussion.*

HAJEK. — On peut dire que, sur l'opération de Killian, l'accord est presque unanime parmi tous les opérateurs. Les plus grosses dissidences ont disparu. Quant à la résection de la trochlée, Hajek dit l'avoir exécutée la première fois par une faute de technique.

Grand fut son étonnement de voir que le malade ne présentait pas de diplopie après guérison. Il ne faut pas faire cette résection de la trochlée dans tous les cas. Mais, quand il s'agit d'un récessus orbitaire profond, elle devient nécessaire. La non-reconnaissance des sinusites est toujours possible, et von Eicken a montré comment cette erreur peut troubler le pronostic. Quant à Hajek, il a opéré 38 cas de sinusite frontale sans un seul cas de mort. Il ne veut en tirer aucune conclusion, ayant toujours présent à l'esprit qu'une série heureuse de cas peut être interrompue brusquement d'une opération à l'autre. Herzfeld a opéré 20 cas. Quand la cavité n'est pas petite, il exécute le Kuhnt. Quand la paroi postérieure est malade ou quand le récessus postérieur est très étroit, il n'hésite pas à réséquer la table interne. Dans la chirurgie auriculaire, on a bien pris l'habitude de dénuder la dure-mère sur une large surface, à condition de ne pas la blesser. Pourquoi ne ferait-on pas la même chose en chirurgie rhinologique.

HERZFELD a pu se rendre compte que, par la résection de la table interne, la guérison a été plus prompte, surtout quand la sécrétion était trop abondante. Il a opéré 20 cas sans un cas de mort, et pourtant parmi ces cas, se trouvaient un cas de méningite séreuse et un d'abcès du cerveau. Une seule fois il a dû opérer pendant la période aiguë pour des douleurs intolérables dans le globe de l'œil.

RITTER a exécuté 33 à 40 opérations de sinusite frontale. On ne peut rien dire de précis de la diplopie qui suivra la résection de la trochlée. On la voit quelquefois; d'autres fois, elle ne paraît pas; tantôt elle disparaît bientôt, tantôt elle peut persister (5 de ses cas). Quand la diplopie n'est pas subjective, il faut la rechercher avec des verres colorés. Cette recherche de la diplopie a une grande importance pour conserver au malade sa vision binoculaire. Car il y a des malades qui insensiblement excluent un œil de la vision pour éviter la diplopie et s'habituent ainsi à la vision monoculaire. Il est donc important de respecter la trochlée et, s'il a fallu la réséquer, il faut la suturer. Ritter a eu deux décès à déplorer à la suite de l'opération. Dans un des cas, il a nettement vu la lame criblée ouverte pour ainsi dire à la propagation du

pus. Il croit qu'on a toujours avantage à ménager la paroi médiane de l'ethmoïde pour ne pas tirer trop sur les fibres nerveuses, qui par là se rendent à la lame criblée. Quant à la névralgie supra-orbitale, elle est due aux cicatrices qui compriment le nerf. Dans un cas, la cicatrice a été très ramollie par les injections sous-cutanées de fibrolysine.

KILLIAN. — Cette question de la trochlée est en effet très importante. Il a montré dans son Atlas qu'il existe une trainée fibreuse, partant de la trochlée, qu'il faut ménager. On évitera ainsi la diplopie. La résection de l'apophyse frontale est absolument nécessaire, car elle permet très souvent de vider des cellules remplies de pus, cellules sur lesquelles il n'y a pas d'autre accès. Quant aux cas de mort : dans le premier cas, il y a une faute dans la suture primaire ; dans le deuxième cas, une suppuration du sinus maxillaire a été négligée. Un tampon s'est infiltré et a causé l'infection générale. A l'avenir Killian s'est proposé d'ouvrir le sinus maxillaire avant ou en même temps que le sinus frontal. Dans le troisième cas, Killian n'a pas suffisamment examiné le sinus sphénoïdal. Ayant trouvé que les cellules ethmoïdales postérieures étaient saines, il s'est cru autorisé à ne pas aller plus loin. La méningite fatale a été causée par la sinusite sphénoïdale. En conséquence, ne pas suturer quand on est embarrassé ; ouvrir tous les sinus malades est la leçon que les 3 cas de mort lui ont donnée.

KAHLER rapporte les expériences qu'on a faites à la clinique de Chiari. 31 cas ont été opérés d'après Killian sans un cas de mort, tandis que par les opérations incomplètes antérieures on a eu 2 décès à déplorer. On résèque toujours, chez Chiari, la trochlée. Une seule fois le malade a accusé de la diplopie. Comme on fait examiner tous les opérés par un oculiste, cette diplopie objective a été trouvée dans plusieurs cas. Une seule fois les douleurs ont persisté après l'opération. L'apophyse frontale est toujours réséquée, tandis que la lame papyracée est ménagée autant que possible.

VON EICKEN. — Quant à la statistique de Hajek, la série heureuse chez Killian a été bien plus grande : 86 cas sans décès. Ensuite sont venus 3 cas de mort l'un après l'autre. Le table interne a dû être réséquée trois fois pour carie : l'enlever de parti pris ou sans indication pressante lui paraît imprudent. Par contre, on peut enlever la lame papyracée sans dommage pour la position du globe de l'œil.

BRUNINGS (de Fribourg). — **Progrès techniques et cliniques dans la bronchoscopie.** — Le fait qu'à la clinique de Killian plus de

300 endoscopies ont réussi entre les mains même des débutants prouve que l'endoscopie n'est pas d'une exécution difficile. Certainement cette méthode est plus facile que le laryngoscopie. Elle a l'inconvénient de mettre la tolérance du malade quelquefois à une dure épreuve ; mais Brunings peut dire qu'avec le bronchoscope inventé par lui la technique peut être qualifiée de fort simple. Il entre ensuite dans la description de son bronchoscope. Les instruments de Brunings constituent aussi une grande économie par la simplicité de leur construction, surtout en ce qui concerne les différents instruments nécessaires pour la thérapeutique bronchoscopique. A la suite de la démonstration de ses instruments, Brunings a fait à la clinique Chiari une bronchoscopie sur une malade de la clinique qui n'avait pas encore été bronchoscopiée par lui. Il s'agissait d'une malade qui avait été opérée d'un goitre. L'examen, grâce à une cocainisation assez énergique, a réussi assez facilement.

KATZENSTEIN (de Berlin). — **Expériences sur les « gyrus præcualis » Owen.** — Massini a décrit un endroit dans le cerveau dont l'irritation provoque un mouvement unilatéral de la corde vocale. Katzenstein a contrôlé ces expériences avec succès. Jusqu'à présent, toutes les théories désignant des centres respiratoires dans le cerveau ont du être délaissées. Katzenstein a eu l'idée de refaire ces expériences avec une modification. Il a examiné les animaux pendant une phase apnoïque. Il a pu ainsi trouver dans le lobe frontal un endroit dont l'irritation provoque de l'éternuement. Il a trouvé de plus, au-dessus des centres de Krause, un endroit qui probablement préside à la phonation. Si l'on excite cet endroit chez l'animal qui se trouve sous narcose éthérique, on entend un ronflement sourd, tandis que l'animal à l'état de veille répond à cette irritation par un aboiement continu.

#### Discussion.

BROCKAERT. — D'après mes expériences datant d'il y a douze ans, j'ai pu contrôler l'existence d'un *centre cortical phonatoire* du larynx ; ce centre préside aux mouvements volontaires de l'*accommodation vocale*. J'avoue que j'avais été amené à conclure que l'action de chacun de ces centres était une action *bilatérale*. Je me propose de refaire les nouvelles expériences remarquables de mon collègue Katzenstein, et, comme lui, en suivant sa technique perfectionnée, j'espère pouvoir confirmer l'action *unilatérale* de chacun

des centres phonatoires. J'ajouterai encore que j'ai pu m'assurer de l'intégrité des mouvements respiratoires et même des mouvements phonétiques réflexes non seulement après la destruction des centres, mais même après l'ablation totale du cerveau.

D'après ces expériences, la lésion des centres corticaux de la phonation ne pourrait supprimer que les mouvements d'accommodation vocale ; l'adduction réflexe des cordes vocales demeurerait intacte, de même que le mouvement alternatif d'écartement et de rapprochement des cordes vocales, synchrones avec les excursions rythmiques du thorax.

En cas de lésion unilatérale, les troubles de mobilité ne seraient guère appréciable, puisque la corde en rapport avec la lésion continuerait à exécuter des mouvements associés, synergiques avec ceux de la corde vocale opposée.

Il faut toutefois encore envisager l'hypothèse des contractures qui pourraient modifier la position des cordes. Les contractures passagères du début, qui sont dues à une *lésion irritative*, auraient pour effet d'amener la corde vocale immobile, rigide et tendue, en position *médiane*, si la lésion portait sur le centre phonateur, ou sur l'ensemble des centres phonateur et respiratoire. Si la lésion portait exclusivement sur le centre laryngé respiratoire, la corde ne pourrait être contracturée qu'en position d'abduction.

Les contractures tardives dues à une *lésion destructive* amèneraient la corde vocale en *position d'écartement respiratoire* forcé, en cas de suppression isolée du centre constrictor de la glotte ; en adduction forcée, en cas de lésion du centre dans sa totalité.

Malheureusement ces considérations théoriques, si logiques qu'elles soient, sont contredites par certaines observations cliniques qui tendent à démontrer qu'il existerait une laryngoplégie totale d'origine cérébrale ; dans ces cas, la corde vocale n'aurait pas été contracturée, mais complètement paralysée, immobile en position cadavérique.

Ces observations ne résistent pas à une sévère critique et ne permettent nullement d'infirmer les résultats expérimentaux.

La dernière observation, due à MM. Roque et Chalié sur une prétendue paralysie d'une corde vocale, à la suite de ramollissement du seul centre laryngé cortical respiratoire, perd toute valeur à cause du manque absolu d'examen microscopique des noyaux bulbaires, des troncs du pneumogastrique, du sympathique et du récurrent. D'après les données mêmes de l'observation, il me paraît probable que c'est à l'énorme hypertrophie du cœur, particulièrement de l'oreillette droite, qu'il faut attribuer la compres-

sion du recurrent droit et du plexus sympathique, ce qui expliquerait le syndrome sympathico-récurrentiel qu'ont signalé ces auteurs.

En somme, les lésions cérébrales ne pourraient retentir que sur l'accommodation vocale et ne donneraient jamais lieu à une paralysie, une immobilité de la corde vocale.

*Séance du 25 avril.*

*Présidents d'honneur : UCHERMANN, BURGER, KANASUGI.*

GLEITSMANN (de New-York) (rapporteur). — **Traitement de la tuberculose des voies respiratoires supérieures.** — En l'absence du rapporteur empêché, c'est le secrétaire général du congrès qui a donné une lecture rapide des principales conclusions du rapport.

Laissant à son co-rapporteur, trop spécialisé dans la question, l'étude du traitement de la tuberculose du larynx, Gleitsmann s'est borné à l'étude du nez, de la cavité buccale et du pharynx. Comme règle générale, Gleitsmann établit qu'à l'heure actuelle le même cas de tuberculose des voies respiratoires supérieures sera différemment traité par les différents spécialistes. Pour la tuberculose du nez, on a des topiques à sa disposition, dont les meilleurs sont : le parachlorophénol, la créosote, l'acide lactique. Comme médicament général, on a conseillé dernièrement l'iodure de potassium combiné au calomel. La tuberculine est employée de différents côtés. Le traitement par l'air chaud et l'héliothérapie, le radium et la radiothérapie méritent une place à part comme dernières acquisitions de la thérapeutique.

Le traitement chirurgical, c'est-à-dire l'intervention sanglante, est relativement rare dans la tuberculose nasale. La tuberculose dessinée du nez est peu connue ; 25 cas sont connus dans la littérature, auxquels Killian en a ajouté encore un. Tous ont été traités chirurgicalement avec résultats peu encourageants, parce que 5 cas seulement étaient guéris au moment où ils ont quitté l'hôpital.

La tuberculose du pharynx et de la base de la langue sera le mieux traitée par la tuberculine, ou l'héliothérapie combinée à l'acide lactique localement. Dans quelques cas, l'acide pyrogallique a donné de bons résultats.

HERYNG (de Varsovie) (co-rapporteur). — Une expérience de vingt ans a préparé le co-rapporteur à pouvoir affronter la discussion de la question sur le traitement chirurgical de la laryngite

tuberculeuse. Une question de principe se pose : Est-il possible d'arriver par la chirurgie à guérir une laryngite dûment reconnue tuberculeuse ? Pour répondre à cette question, Heryng n'a qu'à recourir au Congrès de Berlin en 1880, où il a démontré que par la chirurgie la laryngite tuberculeuse pouvait être guérie. A cette occasion, il a présenté le cas suivant (tableau mural montrant l'aspect d'un larynx tuberculeux et des coupes microscopiques) : infiltration de la paroi postérieure du larynx, des cordes, de la bandelette, épiglote ulcérée. Extirpation de toutes les parties infiltrées.

Par accident, l'épiglotte est déchirée au milieu. Toutes les parties extirpées se cicatrisent promptement. Au grand étonnement de Heryng, les moignons de l'épiglotte se cicatrisent ; le malade n'a pas le moindre trouble de déglutition. Examiné plusieurs fois ensuite, il est resté guéri.

Ce n'était pas un cas unique pour Heryng, quoique certainement le plus brillant. Heryng sait ne pas avoir entraîné la conviction des laryngologistes.

Toujours s'élèvent des voix, et non les moins autorisées, pour déconseiller le traitement chirurgical. Que fait-on d'autre, si l'on n'opère pas ? Heryng ne veut pas énumérer ce qui a été conseillé et ce qui se fait encore dans les traitements médicamenteux. L'acide lactique a la faveur générale. L'iodoforme et le menthol sont sans conteste utiles quelquefois (ulcérations hypertrophiées). Le sulforicinate de phénol a été employé contre les infiltrations tuberculeuses ; le salicylate, le sous-nitrate de bismuth à 4 parties, antipyrine à 6 parties, eucaïne à 2 parties en insufflation deux fois par jour, contre la dysphagie. A ce propos un petit conseil pratique : faire boire le malade avec la tête fortement penchée en avant. La climatothérapie joue aujourd'hui dans le traitement de la tuberculose un grand rôle. Son importance, comme du reste l'importance du traitement général, sur lequel Heryng ne veut pas autrement insister, est capitale. On a conseillé dernièrement le traitement de la laryngite tuberculeuse par le cure du repos avec défense absolue de parler. Qu'on veuille bien réfléchir à ce qu'un conseil aussi draconien comporte de sacrifices et de privations pour le malade. Heryng sait ce que ce repos fonctionnel de l'organe constitue en pratique, puisque lui-même dans sa jeunesse était atteint de laryngite tuberculeuse et que, pour guérir une pachydermie tuberculeuse, il s'est imposé pendant trois mois la cure de silence sans le moindre résultat. Heryng dit qu'il s'est sauvé de l'endroit où il faisait la cure. Il est allé à la Riviera, où il parla, but et guérit.

Plus que jamais, il a eu la conviction que la nature et l'influence

psychique réconfortante sont de grands facteurs pour la guérison. Qu'on fasse la cure de repos, mais qu'on permette aux malades la voix chuchotée.

Le traitement chirurgical tire ses indications dans les profondes ulcérations qu'on peut facilement enlever par la curette, surtout, quand ces ulcérations sont bien délimitées, torpides et résistant au traitement. De même quand l'infiltration tuberculeuse est unilatérale. La dysphagie sera souvent heureusement influencée par l'amputation des larges infiltrations de la paroi postérieure. Un mauvais état général constitue une contre-indication pour l'opération, et pourtant cette contre-indication n'est que relative. A ce propos, Heryng se rappelle le cas d'un médecin militaire, cachectique, atteint de laryngite tuberculeuse très étendue, qui, à genoux supplia Heryng de l'opérer. Heryng céda à ses instances et obtint un résultat si brillant que son malade l'a accompagné au Congrès de Rome pour se faire présenter. La sténose du larynx implique de préférence la trachéotomie.

Enfin la pusillanimité du malade constitue également une contre-indication. Le traitement chirurgical ne doit pas être exécuté en policlinique. Les malades doivent rester à l'hôpital. Il ne faut jamais promettre la guérison par l'opération.

Le médecin le plus expérimenté ne peut pas faire le pronostic de l'opération. La plus petite infiltration opérée peut empirer après l'opération. La partie la plus importante du traitement est constituée par le traitement secondaire après l'opération.

Quant au traitement secondaire après l'intervention, Heryng recommande le vert de malachite et le permanganate de potasse. Le vert de malachite est une couleur d'aniline qui s'emploie dans une solution alcoolique de 1 à 2 p. 100. Il faut faire attention à ne prendre qu'une seule goutte. On appuie juste assez pour colorer la plaie en vert. Le malade se gargarise ensuite pour cracher l'excès. Les badigeonnages se font deux fois par jour pendant trois jours. Le permanganate de potasse s'emploie dans une solution saturée, réussit mieux dans le lupus que dans la tuberculose. La solution est de 0<sup>sr</sup>,5 de permanganate de potasse pour 1 gramme d'eau chaude. Les ulcérations tuberculeuses se nettoient bien sous l'action du permanganate de potasse, et son action est plus efficace que celle de l'acide lactique.

Les grandes hémorragies sont rares après l'opération : c'est certainement la crainte d'hémorragie qui a nui le plus à la vulgarisation du traitement chirurgical de la laryngite tuberculeuse. Krieg a recommandé l'emploi du galvanocautère pour éviter l'hé-

morragie. Mermod a ensuite soumis 30 cas au traitement mixte par le galvanocautère et le traitement local, et il a eu la chance extraordinaire de pouvoir montrer une série de 18 cas de laryngite tuberculeuse guéris à sa clinique de Lausanne. L'hémorragie la plus abondante se voit généralement quand la partie linguale de l'épiglotte est lésée. Il s'agit la plupart du temps d'hémorragie veineuse. Le meilleur moyen est la cautérisation par antipyrine, ferripyrine et le galvanocautère. Si l'hémorragie ne s'arrête pas, on peut faire la compression par introduction d'un gros tube de Schrötter, comme Heryng l'a dû faire dans un cas auquel il pense encore avec effroi. La généralisation de la tuberculose et une fâcheuse influence sur l'état général directement imputable à l'opération est naturellement possible et, sous ce rapport, le traitement de la laryngite tuberculeuse ne fait pas exception à ce qu'on peut voir en chirurgie. La guérison des plaies opératoires se fait entre deux et six semaines.

Il faut enlever autant que possible. L'instrument le plus commode est la curette double. La récidive est occasionnée par l'inaccessibilité des parties malades et par les progrès de la maladie. Plus le traitement est commencé tard après le début de la laryngite, moins brillants seront les résultats. Il faut avoir vu un grand nombre de cas de laryngite tuberculeuse guérir par le traitement chirurgical pour oser faire de cette méthode une méthode de choix. Les cas graves ne peuvent être traités que dans un sanatorium; même dans les cas combinés de laryngite tuberculeuse et tuberculose pulmonaire, on peut compter sur des améliorations qui dureront des années. Le traitement général est important, et Heryng se plaît à le redire. Heryng n'a rien dit sur les grandes interventions par voie externe, car il n'y avait rien à ajouter à ce que Grünwald a si magistralement exposé dans son livre. Il voudrait seulement dire un mot à propos de la trachéotomie, qui a donné de bons résultats à d'autres auteurs dans le traitement de la laryngite tuberculeuse. Si un traitement chirurgical est nécessaire et si le médecin ne possède pas la technique par voie endolaryngée, la trachéotomie peut être exécutée. Un mot encore sur la galvanocaustie du larynx. Heryng était au début ennemi du galvanocautère. Ce sont ses propres mauvais résultats qui l'ont obligé à condamner le galvano dans le traitement de la laryngite tuberculeuse. En y réfléchissant, il a trouvé que ses mauvais résultats étaient dus aux conditions hygiéniques déplorables dans lesquelles il travaillait.

Depuis la publication de Grünwald, Heryng a traité tous ses cas

par la galvano-ponction profonde. Il peut dire que le traitement galvanocautique est aussi difficile que le traitement sanglant. La réaction que donne l'épiglotte et les fausses cordes n'est pas très prononcée, mais la paroi postérieure peut répondre avec une violente irritation.

Nous ne savons pas ce qu'est en somme le facteur guérisseur dans la laryngite tuberculeuse. Souvent le changement de milieu seul conduit à la guérison ; d'autres fois, l'échec se voit malgré les meilleures conditions d'hygiène et les soins les plus éclairés. Pratiquement, on peut se tracer la ligne de conduite de soigner chaque malade d'après ses ressources pécuniaires.

#### *Discussion.*

DREYFUSS. — On peut, sans se tromper, dire que la tuberculose en général est guérissable dans les périodes initiales, inguérissable dans les périodes avancées. Les cas de moyenne gravité dépendent de la constitution générale et des ressources du malade. En conséquence, il faudrait s'efforcer de reconnaître la tuberculose laryngée au début. Comme c'est généralement le médecin praticien qui aura le plus de chances de rencontrer la laryngite tuberculeuse au début, il paraît souhaitable à Dreyfuss que les sociétés de laryngologie élaborent une courte notice indiquant aux médecins les principaux caractères de la laryngite tuberculeuse au début, avec conseil d'envoyer ces cas à un spécialiste.

Thost a employé la tuberculine à petites doses, et il n'a eu qu'à s'en louer. Il recommande fortement, pour tous les cas de laryngite tuberculeuse, le pyoktanin. Après toutes les interventions chirurgicales, l'emploi du pyoktanin diminuera la réaction. Quant à la climatothérapie, il ne peut que mettre en garde contre Davos et contre toutes les cures d'altitude en général. Deux endroits rendront de grands services aux tuberculeux, la Corse et la Norvège.

HENNIG. — La Riviera, Méran, Abbazia, sont de mauvais endroits pour les tuberculeux. Les stations de la mer Baltique et de la mer du Nord sont préférables, surtout pour combattre le rachitisme et la scrofule des enfants, qui sont le commencement de la tuberculose.

MERMOD. — J'éprouve chaque fois une certaine déception à la lecture des cas isolés de tuberculose laryngée publiés comme si

c'était quelque chose d'extraordinaire, et l'autre jour ne nous a-t-on pas montré dans une de vos grandes cliniques viennoises un cas guéri comme une *Glück Sache*. Cela donne à penser, et pourtant, si on constate le succès de rapport de M. Heryng salué par nos applaudissements si nourris et si on le compare à l'opposition rencontrée autrefois par ce travailleur, il y a lieu de se féliciter. Le progrès marche, mais pas assez vite.

On nous a appelés des enthousiastes, et il n'y a que ceux-ci qui font avancer la science. Il faut le dire, le traitement sérieux de la tuberculose laryngée rencontre encore une majorité de sceptiques se reposant sur les soi-disant bienfaits du traitement général hygiénique. Certainement, ce dernier est important, et rien ne le prouve mieux que la différence des résultats que nous obtenons dans un hôpital et dans notre clientèle privée.

Vivant côte à côte avec nos sanatoria suisses, nous voyons sur leur passage de nombreux malades qui nous reviennent du Midi. Nous savons dans quel état nous retrouvons leur larynx, malgré les soins généraux les plus parfaits. Nous en dirons autant de la cure de silence, dans les rares cas où elle peut être imposée aux malades. Quant à la trachéotomie préventive, n'en parlons pas ou plutôt parlons-en ! Qu'un sténosé la réclame, cela va sans dire ; mais qu'on puisse la conseiller de propos délibéré à un homme qui respire aussi bien que nous et lui promettre la guérison ou même l'amélioration ! Je suis étonné que cette pratique ait pu naître dans des milieux sérieux.

Heryng s'est suffisamment étendu sur les divers modes du traitement médicamenteux. Reste le traitement local. Il faut toucher au larynx tuberculeux ! Heryng et moi, nous avons la même foi, mais un moyen différent. Je ne suis pas resté fidèle aux instruments tranchants à cause de la crainte peut-être exagérée de la métastase réelle de l'hémorragie. L'usage du cautère est toujours de plus en plus fréquent chez moi, me donne pleine satisfaction, et je le considère comme une méthode de choix. Mais une méthode a bien moins de valeur par elle-même que par la façon dont on l'applique. Je me permets d'insister sur la nécessité d'une intervention énergique, sans trop de soucis d'empiéter sur le tissu sain. Cautériser, *non ut aliquid*, mais de façon à enlever, détruire la plus grande quantité possible de tissu, voilà la vraie manière d'avoir le moins de réaction. Je cautérise énergiquement, je ne ménage rien, pourquoi ménager la muqueuse ? La périchondrite ? elle est rare et souvent confondue avec l'infiltration. Et que me fait une périchondrite. Je voudrais tout faire

dans une seule séance. C'est de l'intervention la plus profonde, la plus chirurgicale qu'on obtient les meilleurs résultats. Ce sont les petites interventions qui vous donnent des ennuis.

Heryng a fait mention des 48 cas guéris présentés par moi, il y a quatre ans. Depuis, je ne serais pas embarrassé d'en apporter un nombre cinq, six fois plus considérable, mais là n'est pas l'important. Ce que nous pouvons surtout obtenir, c'est un résultat symptomatique. Que m'importe, en effet, de savoir si un malade en apparence guéri porte encore dans son tissu des tubercules enkystés. L'essentiel, c'est que je lui apporte une amélioration qui équivaut à une guérison, une survie de un à deux ans sans le supplice qui accompagne si souvent la tuberculose laryngée. C'est pour la même raison que la principale objection qu'on me fait le plus souvent est que le traitement ne vaut pas grand'chose, puisque la tuberculose laryngée est presque toujours secondaire. C'est cette objection, dis-je, qui ne vaut pas grand'chose, car il y a un immense mérite à guérir un larynx tuberculeux, lors même que le processus évolue ailleurs.

L'essentiel n'est pas le microscope, c'est la bonne symptomatologie. Si un dysphagique guérit de sa dysphagie, se promène encore un ou deux ans, c'est déjà bien beau. Des indications, je n'en ai pas, mais j'ai une contre-indication, la seule, que chacun accepte, elle est celle qui résulte d'un état général trop mauvais, et encore cela dépend de ce que l'on peut obtenir au point de vue symptomatologique.

KUTTNER. — Le tempérament et la pratique personnelle influent sur nos procédés thérapeutiques. Ceux qui pratiquent le traitement chirurgical du larynx ont reproché aux autres leur inhabileté technique. Kuttner, comme assistant de Krause, a eu occasion, et même suffisamment, d'opérer pendant les six années où il a travaillé à côté de Krause. Si Krause est resté encore aujourd'hui un chaud partisan du traitement chirurgical de la laryngite tuberculeuse, les opinions de Kuttner se sont beaucoup modifiées depuis. Aujourd'hui, il trouve très peu de cas qu'il soumettrait à un traitement chirurgical. Que les interventionnistes proclament hautement leurs succès contre la dysphagie, mais pour combien de temps. L'intervention est toujours quelque chose de très important et, si le résultat disparaît au bout de quinze jours, la disproportion est trop criante. Non, la chirurgie endolaryngée ne peut pas guider le traitement de la tuberculose laryngée, pas plus que la chirurgie par voie externe.

GRÜNWALD. — Même si l'on ne suit pas les pionniers du traite-

ment chirurgical, on ne peut plus méconnaître leur grand mérite. Il ne veut plus insister sur ce côté de la question, il voudrait seulement faire remarquer qu'il est impossible d'estimer la valeur des procédés chirurgicaux d'après les statistiques. A cet usage ne peuvent servir que des observations détaillées prises avec soin. On reproche au traitement chirurgical de faire naître la dysphagie. Cet accident est quelquefois inévitable ; mais, même si le poids du malade diminue, l'accident peut être considéré comme passager. Autre chose est de guérir la dysphagie des tuberculeux. Il faut dire que cette dysphagie est difficilement influencée par la cautérisation, et, en tout cas, on ne peut pas compter sur elle dans chaque cas. On a proposé dernièrement de provoquer l'anesthésie régionale par injection d'alcool pur sur les trajets nerveux. Grünwald se propose d'essayer ce moyen. Il ne faut pas compter dans la laryngite tuberculeuse sur la guérison spontanée. La cure de silence agira comme ménagement fonctionnel ; mais il paraît certainement exagéré d'envoyer un malade dans un sanatorium rien que pour lui faire faire cette cure de silence.

BLUMENFELD. — Le public médical se donne encore à des enthousiasmes exagérés sur le compte du traitement dans les sanatoria. Les résultats sont en réalité bien moins favorables qu'on ne le dit, et, si deux médecins exerçant dans un sanatorium ont publié six mois après l'apparition du livre de Grünwald une statistique donnant 60 p. 100 de guérisons après le traitement galvanocautique, on pourra retrancher le 0 de leurs chiffres pour se trouver dans la vérité. Il faut revoir les malades quelque temps au moins après les avoir déclarés guéris.

Or on est loin de revoir tous ces malades, et on ne se trompera pas en les supposant non guéris, car des malades qu'on a réellement guéris, on ne peut même pas s'en débarrasser. La guérison d'une tuberculose du larynx bien établie est encore aujourd'hui chose exceptionnelle.

SÉMON. — Il voudrait en quelques mots rappeler que c'est surtout la tuberculose du larynx qui ne permet pas de schématiser. Quant à la cure de silence qu'il a proposée dans un article de la *Berliner klinische Wochenschrift*, il n'a jamais eu la prétention de le proposer ni comme moyen nouveau, ni comme remède infaillible de la laryngite tuberculeuse. Des réclamations de priorité sont parvenues à Sémon, dont il donne acte. Mais il a voulu appeler l'attention sur deux points : 1° qu'il faut s'attaquer à la laryngite tuberculeuse quand elle offre le plus de chances de guérison dans la période initiale ; 2° que cette cure de silence ne se

fait bien que dans un sanatorium. Il voudrait encore s'arrêter un instant à la remarque de Mermod, qui prétend ne pas avoir d'indication pour la galvanocautérisation. Sémon ne peut pas accepter cela et craint qu'on ne cautérise ainsi trop énergiquement et trop souvent.

WEIL recommande contre la dysphagie l'insufflation d'antipyrine et de sucre à parties égales.

TREVELYAN dit avoir vu la trachéotomie dans 2 cas tout à fait désespérés, suivie d'un excellent résultat. Par contre, dans un cas, l'extirpation totale du larynx tuberculeux a été suivie de mort en très peu de temps par une marche rapide de la tuberculose.

SORGO recommande l'héliothérapie (introduite par lui). Il n'apporte pas de statistique, car elle ne prouverait rien. Ce qu'il désire, c'est recommander cette méthode au contrôle des spécialistes. Dans les villes possédant un appareil de Finsen, on pourrait faire un essai avec cet appareil.

HERYNG, en terminant, dit qu'il a été un des premiers à lutter pour le traitement chirurgical de la laryngite tuberculeuse. Il a l'impression qu'un voile de tristesse s'étend sur les meilleurs résultats. Il est un enthousiaste du traitement, mais non pas dans l'attente des résultats. Lui aussi voudrait faire remarquer à Mermod qu'il ne pourra pas le suivre sur la voie de la cautérisation si radicale proclamée par lui.

MÖLLER (de Copenhague). — **Contribution à la voix de tête et à la voix de poitrine.** — On croit que la voix de tête est produite quand les cordes vibrent avec formation d'un nœud (*Knotenpunkt*). Möller a institué des expériences pour trouver les conditions dans lesquelles naît la voix de tête. Comme meilleur moyen d'examen, il a choisi la photographie par les rayons X. De nombreux röntgenogrammes (dont plusieurs présentés) lui ont permis de constater que l'espace cricothyroïde diminue dans la voix de tête. Les cartilages se rapprochent donc. Ces résultats concordent avec ceux de Katzenstein.

#### *Discussion.*

RÉTHI. — Dans la voix de tête, les bords libres des cordes décrivent des ondulations, mais ne forment pas de nœuds de vibration.

MÖLLER dit qu'il n'a voulu établir qu'une hypothèse. Son principal point n'était pas de faire remarquer la formation du nœud de vibration, qui lui paraît tout hypothétique, mais plutôt la position des cartilages, comme le montrent ses röntgenogrammes.

GAREL (de Lyon). — **Enrouement chronique de l'enfance.** — L'auteur s'occupe de l'enrouement de l'enfance, affection souvent incurable. Cette maladie, bien que n'intéressant pas la santé générale, peut devenir une entrave sérieuse pour certaines carrières. Les considérations contenues dans ce travail reposent sur une statistique importante de 434 cas. Les enrouements chroniques sont causés le plus souvent par les laryngo-bronchites grippales ou autres de l'enfance. Viennent ensuite, dans l'ordre de fréquence étiologique, la rougeole, la coqueluche, le surmenage de la voix. Il faut ajouter à cela quelques cas dus à des complications de la scarlatine, et plus rarement à des angines simples, diphthériques ou thyphoïdes.

GAREL signale ensuite l'enrouement chronique familiale héréditaire, qu'il rencontre 14 fois. Il attache moins d'importance que d'autres auteurs à l'enrouement d'origine nasale, qu'il rapporte surtout aux rhinites sèches ou atrophiques.

Il étudie ensuite les différentes modalités du larynx entraînant la raucité de la voix. La laryngite nodulaire est la plus fréquente, presque un quart des cas. Elle se rencontre au même degré dans les deux sexes.

Il décrit une forme à laquelle il donne le nom de laryngite à cordes en *graine d'orge*. C'est un épaississement symétrique qui donne aux bords des cordes vocales un aspect bombé et convexe et empêche la fermeture glottique. Cette forme diffère beaucoup de la laryngite chronique avec simple rougeur des cordes. Il passe en revue les atrophies des cordes unilatérales ou bilatérales consécutives à une laryngite aiguë, les déformations des rubans vocaux par des cicatrices indélébiles.

Enfin il aborde l'étude d'une forme qu'il nomme laryngite à *sillons atrophiques*. Cette forme est l'aboutissant ultime des laryngites myopathiques incurables. Il s'agit d'une sorte de dépression, ou sillon en gouttière, située sur la corde vocale, près de son bord interne, dépression qui est la résultante d'une atrophie partielle des quelques faisceaux musculaire profonds. Cette forme est à étudier surtout chez l'adulte enrôlé depuis la première enfance. Garel en a observé 38 cas. Quant au traitement, il est d'autant plus efficace qu'il est institué dans la première année du début de l'enrouement. Passé ce délai, l'affection est beaucoup plus résistante. Le traitement consiste dans l'administration des sulfureux (boissons et pulvérisations), combinés avec des préparations balsamiques. Il est fait par périodes de trois semaines avec des repos intercalaires équivalents. Une ou plusieurs saisons dans des stations sulfu-

reuses sodiques sont presque indispensables pour accumuler toutes les chances de guérison.

KANASUGI (de Tokio). — **Les troubles du larynx dans le béribéri.** — On constate comme troubles laryngés dans le cours du béribéri des paralysies et de l'œdème. La paralysie est le plus souvent unilatérale et du côté gauche. Il est possible que cette paralysie soit d'ordre périphérique. Quant à l'œdème, c'est très probablement un œdème par stase, parce que le béribéri occasionne encore d'autres manifestations hydropisiques.

SCHIFFERS (de Liège). — **Trophœdème du larynx.** — Schiffers n'aborde qu'un des chapitres de cette affection, l'œdème du larynx, qui a fait bien avant l'ère laryngoscopique l'objet de tant de travaux de clinique. Sans faire bon marché des études des premiers observateurs, il n'est pas douteux que la connaissance de cette maladie ou plutôt de cet accident morbide, d'une importance capitale pour la médecine pratique, se soit complètement transformée.

Il est bien inutile d'insister sur ce fait dans un milieu scientifique tel que celui où se tient le premier Congrès international de laryngo-rhinologie, institué pour commémorer les noms célèbres de Türk et de Czermack, les protagonistes incontestés de la laryngologie et de la rhinologie. Schiffers attire aussi l'attention sur la terminologie médicale, encore défectueuse dans bien des domaines, par le fait que d'anciens noms ont été conservés. Cette remarque s'applique particulièrement à l'expression d'œdème de la glotte, tout à fait inexacte, et qui devrait définitivement disparaître des traités et manuels classiques de pathologie interne et externe. La clinique doit viser à la perfection dans tous les rapports et marcher de pair avec l'anatomie pathologique.

Le trophœdème du larynx est une affection dont le diagnostic ne peut être porté que par exclusion. De même que les cas de trophonévrose sont admis pour la peau, les os, les articulations, les organes des sens, ils peuvent l'être aussi pour les muqueuses. Si les troubles vaso-moteurs secondaires aux lésions du système nerveux ne peuvent produire seuls des troubles trophiques vrais, ils agiront au moins comme cause prédisposante. Les nerfs trophiques ne sont démontrés ni par l'anatomie, ni par l'expérimentation. On peut supposer que l'œdème résulte du fait de l'affaiblissement de l'influence trophique des centres nerveux sur les tissus, influence communiquée à ces derniers par les fibres sensitives et aussi en partie par les fibres sympathiques. Cette action trophique peut

être amoindrie soit directement, soit indirectement par voie réflexe.

SCHIFFERS relate un cas d'œdème du larynx observé chez une enfant de cinq ans, cas qui doit être rangé dans la catégorie des processus de trophonévrose. La malade présentait tous les symptômes subjectifs et objectifs d'un œdème de l'épiglotte et des replis aryténo-épiglottiques. Le diagnostic fut confirmé à différentes reprises par l'examen laryngoscopique. La nature trophique de l'œdème fut naturellement admise par exclusion.

Il existait dans les antécédents héréditaires paternels de l'alcoolisme et de la syphilis, qui avaient vraisemblablement produit des altérations du système nerveux que, à la vérité, la clinique ne pouvait pas déceler.

MERMOD (de Lausanne). — **Résection sous-muqueuse de la cloison et ozène.** — On a souvent occasion de rencontrer l'ozène unilatéral avec inégalité dans la largeur des deux fosses nasales. Régulièrement l'ozène se trouve alors du côté plus large. S'inspirant de la théorie de Zaufall, qui attribue la genèse de l'ozène à la largeur trop prononcée de la fosse nasale, Mermod a eu l'idée de rétablir, dans les cas d'inégalité des fosses nasales, une symétrie des deux fosses nasales par rectification de la cloison déviée.

Dans 4 cas opérés d'après ce principe par résection sous-muqueuse de la cloison, l'ozène a guéri sans autre traitement.

MELZI et CAGNOLA (de Milan). — **Quatre cas de sténose laryngo-trachéale chronique guéris par la laryngostomie.** — La laryngostomie peut être considérée comme l'intervention la plus brillante contre la sténose laryngo-trachéale. Melzi et Cagnola ont eu occasion d'exécuter cette opération quatre fois. Ils rapportent rapidement les deux observations suivantes :

Un garçon a dû être intubé pendant trente jours en 1901 pour de la diphtérie. Dans un accès de toux, l'enfant expectore le tube, et il a fallu faire la trachéotomie. C'est cet enfant qui a été amené à Melzi et Cagnola plusieurs années plus tard pour des phénomènes de sténose laryngo-trachéale des plus prononcés. A l'opération, on a trouvé l'intérieur du larynx réduit à des dimensions si exigües qu'on ne pouvait même pas parler d'une lumière du larynx. Par la longue inactivité (sept ans), les cartilages sont devenus tellement atrophiques que les soins secondaires ont été un peu plus difficiles que d'habitude. Depuis un mois, l'enfant respire bien. L'exemple le plus remarquable de la supériorité de cette opération

a été fourni par une fillette de 3 ans qui, pour le croup, a dû être intubée et plus tard trachéotomisée. A la suite s'est développée une sténose pour laquelle un chirurgien a proposé la laryngotomie. Les suites de cette intervention étaient désastreuses, et le chirurgien s'est déclaré incapable de faire autre chose et d'améliorer l'état de l'enfant. Melzi et Cagnola ont pratiqué la laryngostomie il y a quelques semaines seulement. L'enfant est en excellent état de santé et sera soumise bientôt à la plastique.

ABOULKER (d'Alger). — Des huit communications annoncées concernant toutes des cas observés dans son service d'oto-rhinologie à l'hôpital de Mustapha, Aboulker n'a développé que les suivantes : un **épithéliome pédiculé du pharynx** ayant simulé un épithélium du larynx été enlevé par extirpation totale du larynx chez un homme ayant subi auparavant une trachéotomie et une gastrostomie; chez un autre malade, un **épithéliome primitif de l'épiglotte** a été enlevé sous anesthésie cocaïnée par voie sus-hyoidienne; **3 cas de thrombo-phlébite** due deux fois à des petits abcès insignifiants, une fois à une syphilis tertiaire du nez négligée; enfin 4 cas d'immobilisation de la corde vocale comme signe précoce du cancer du larynx au début.

GUTZMANN (de Berlin). — **Voix et parole sans larynx.** — Gutzmann distingue deux genres de parole sans larynx qu'il a pu étudier sur à peu près 20 malades ayant subi la laryngectomie par Gluck. Dans une des formes, l'opéré se contente de la production des consonnes, qui de leur côté font vibrer le tuyau de résonance, qui auparavant a pris la forme nécessaire pour la voyelle recherchée. Il s'agit donc d'un langage sans voix. Dans la deuxième modalité, la façon de parler est plus complète, parce que les malades apprennent à produire une pseudo-voix. Ils produisent cette pseudo-voix dans des endroits individuellement variables de l'hypopharynx, le plus souvent dans la région de la bouche œsophagienne. Ces malades possèdent ainsi un langage avec voix; naturellement ce dernier est plus complet, parce qu'il peut être entendu plus loin et permet quelquefois au malade de donner une modulation à la voix, même de chanter. Ces malades possèdent une sorte de glotte vicariante, et les qualités de leur pseudo-voix dépendent de la force de la soufflerie, c'est-à-dire de la respiration vicariante qui fait vibrer cette pseudo-glotte. Gutzmann a examiné cette pseudo-voix par des courbes. Il a pris de ces courbes sur lui-même, en imitant cette pseudo-voix, en émettant des sons avec exclusion du larynx. Ces

courbes sont absolument identiques aux courbes que produit la voix chez les laryngectomisés. A la fin de sa communication, Gutzmann donne quelques explications sur la façon dont on apprend à ces malheureux un langage compréhensible. Le résultat obtenu chez un malade de Gluck, un avocat, a été particulièrement brillant.

MARSHIK (de Vienne). — **Présentation d'une jeune fille de 16 ans atteinte d'un épithéliome du larynx reconnu tel par le microscope.** — Cette jeune fille vient consulter pour une raucité de la voix datant de un mois. A part un peu de pâleur, rien de particulier chez cette jeune fille, très bien développée. Sur la corde droite existait une grosse tumeur (n'existant plus au moment de la présentation, parce qu'elle avait été enlevée pour biopsie).

*Discussion.*

SÉMON trouve ce cas très intéressant. Dans sa riche expérience sur le chapitre spécial du cancer du larynx, il ne se rappelle que de deux malades ayant eu moins de 40 ans.

DEPANGHER (de Trieste). — **Nouvel adénotome.** — L'instrument présenté par Depangher est en somme une pince coupante avec courbure et mors appropriés pour le cavum et pour les adénoïdes. Depangher dit que cet adénotome permet d'exécuter l'adénotomie en un seul temps sans danger et facilement.

RÉTHI (de Vienne). — **Indications pour les opérations sur le septum.** — Avec les nouveaux procédés concernant la chirurgie du septum, les indications pour l'exécution de ces opérations devraient être envisagées de plus près. Réthi veut aujourd'hui attirer l'attention sur quelques points seulement. Des difformités ayant leur siège sur les parties postérieures du septum occasionnent rarement des troubles et constitueront rarement une indication pour l'opération. Quand un malade se plaint d'obstruction nasale, il faut se demander s'il ne s'agit pas d'une congestion de la muqueuse, d'un état passager. On aurait tort, dans un cas pareil, d'exécuter une opération sur le septum. Les obstructions nasales ayant un caractère de périodicité sont très rarement occasionnées par le septum. De même, si un malade âgé se plaint d'une obstruction nasale survenue dans les derniers temps, on agira avec plus de succès en attaquant plutôt la paroi latérale que le septum.

**HAJEK (de Vienne). — Opération endonasale du sinus sphénoïdal et du sinus ethmoïdal.** — Le Congrès a été si chargé que Hajek n'a plus espéré prendre la parole. Il est d'autant plus content de le faire qu'il pourra développer des idées dont une partie a déjà trouvé expression dans son article paru dans les *Archives de Fraenkel*. Les congressistes qui ont visité sa clinique ont pu voir les résultats de son opération. Hajek a pu démontrer sur un malade présenté qu'aucun sinus ne peut être aussi bien inspecté que le sinus sphénoïdal. Ce fait, entre parenthèse, prouve qu'il ne faut jamais être prophète en médecine (allusion à un passage d'un livre de chirurgie célèbre où il est dit que très probablement il ne se trouvera pas de chirurgien assez hardi pour aller ouvrir un sinus sphénoïdal).

Pour qu'on puisse ouvrir le sinus sphénoïdal, le cornet moyen doit être enlevé. Par le nez, on ne peut voir qu'une petite partie de la paroi antérieure du sinus sphénoïdal, la partie nasale. Pour voir tout le reste de la paroi antérieure, il faut enlever les cellules ethmoïdales postérieures. Hajek décrit ensuite cette partie de l'opération et son fameux crochet. Hajek ne fait plus de tamponnement et ne touche pas à la muqueuse, au moins pas tout de suite après l'opération. (Pour plus amples détails, voir HAJEK, *Archiv f. Laryng.*, Bd. XVI, Heft 1, et *Annales*, t. XXXI, p. 511.)

**STERN (de Vienne). — Troubles de la voix et de la parole dans les maladies nerveuses.** — Aperçu général sur les troubles de l'articulation de la voix dans toutes les maladies nerveuses (paralysie générale, sclérose en plaques, chorée, etc.).

Dans ce compte rendu n'ont trouvé place que les communications lues dans les séances du Congrès. Un grand nombre de communications annoncées n'ont pu être lues; de même il n'a été lu qu'un résumé de la plupart des rapports. Les communications et les rapports seront publiés ultérieurement par les soins du Comité du congrès.

## NOUVELLES

## NOMINATIONS.

Le professeur UMBERTO CALAMIDA a été nommé oto-rhino-laryngologiste en chef de l'*Ospedale Maggiore* de Milan.

## NOUVELLES DIVERSES.

Un nouveau journal spécial d'oto-rhino-laryngologie paraît à Saint-Petersbourg. Il est dirigé par le Dr LÉON LEWIN et a pour titre: *Eschemess Jatschnik. Uschnych Nossowych, I Gorsowych Bolesnej.*

## SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ BELGE D'OTOLOGIE, DE LARYNGOLOGIE ET DE RHINOLOGIE.

## Congrès de 1903.

Dimanche, 28 juin, Séance du matin, à l'Hôpital Saint-Jean.

8. M. VAN DEN WILDENBERG (Anvers). — *a.* Un cas de macrocheilie; *b.* Un cas de polyotie avec fistules branchiales auriculaires multiples.
9. M. ROLAND. — Sinusite fronto-maxillaire chez une syphilitique.
10. M. DELSAUX, V. (Bruxelles). — *a.* Quelques cas de poly sinusites de la face opérés de cure radicale; *b.* Cinq cas de tumeur maligne des cavités annexielles du nez.
11. M. DELSAUX, V. — Malade guéri de rétrécissement cicatriciel sous-glottique par laryngo-trachéostomie suivie de dilatation, puis de plastique laryngo-trachéale.
12. M. BÉCO (Liège). — Laryngostomie et papillomes laryngo-trachéaux. Présentation de malades opérés et en cours de traitement.
13. M. JAUQUET. — Laryngostomie pour rétrécissement cicatriciel complet du larynx chez un enfant de 5 ans et demi.
14. M. LABARRE. — Un cas de laryngostomie en cours de pansements pour oblitération absolue laryngo-trachéale.
15. M. COLLET. — Deux cas de laryngite végétante.
16. M. CHEVAL (Bruxelles). — Un cas de méningite consécutive à la blessure des méninges, du cerveau et du ventricule latéral gauche par un corps étranger ayant pénétré par l'oreille. Guérison depuis un an.

17. M<sup>lle</sup> PINCHART (Bruxelles). — Un cas de sténoses multiples de l'œsophage dues à l'ingurgitation de caustiques. Applications de fibrolysine et de dilatateurs sous l'œsophagoscopie.

18. M. COLLET (Bruxelles). — Malade opéré d'évidement péri mastoïdien avec trépanation large pour ostéo myélite du temporal consécutive à un curettage de l'ethmoïde.

19. M. SCHEPENS (Roulers). — Malade guéri de gangrène de la mâchoire supérieure.

20. M. LENOIR. — *a.* Un cas d'hypertrophie congénitale du lobule nasal; *b.* Un cas de cloisonnement antéro-postérieur du sinus maxillaire.

21. M. COOSEMANS (Bruxelles). — *a.* Large évidement pétro-mastoïdien chez une petite fille de dix-sept mois; guérison; *b.* Abscès extra-dural à marche suraiguë; opération; guérison; *c.* Asthme bronchique causé par une ethmoïdite double; opération; guérison.

22. M. G. HICQUET. — Ozène amélioré par la thyroïdectomie.

23. M. MALOENS (Bruxelles). — Kyste volumineux et phlegmon du ligament ary-épiglottique gauche. Pharyngotomie sous-hyoidienne. Guérison.

VIII. — *Rapport de M. FALLAS (Bruxelles). — De l'examen du sang dans les complications endocraniennes d'origine otitique ou rhinotique.*

#### Séance de l'après-midi.

IX. — *Rapport de M. BROECKAERT (Gand). — Les phlegmons du cou d'origine bucco-pharyngée.*

24. M. DELIE (Ypres). — Pseudoleucémie d'origine amygdalienne.

25. M. SARGNON (Lyon). — Parallèle entre la dilatation caoutchoutée interne et la laryngostomie.

26. M. TRÉTRÔP (Anvers). — Œsophagoscopie et trachéo-bronchoscopie.

27. M. GUISEZ (Paris). — Faits de trachéoscopie et de laryngoscopie directes.

28. M. GUISEZ. — Du diagnostic œsophagoscopique dans différentes formes de sténoses de l'œsophage.

29. M. BAR (Nice). — Considération sur le traitement galvanocautique de la tuberculose laryngée.

30. M. TRÉTRÔP. — Kyste pré-laryngien opéré et guéri.

31. M. TRÉTRÔP. — Sténose laryngée ayant amené la mort subite.

32. M. FALLAS. — Quelques cas de complications de l'opération de végétations adénoïdes.

33. M. VAN DEN WILDENBERG. — Asthme d'origine nasale guéri par l'évidement total des sinus de la face.

34. M<sup>lle</sup> PINCHART. — Essais du traitement de la fibrolysine dans certaines affections auriculaires.

35. M. DE STELLA (Gand). — Thiosinamine et fibrolysine dans le traitement des scléroses auriculaires.

36. M. DE STELLA. — Méningite et surdité.

37. M. FALLAS. — Mastoïdite réchauffée. Thrombose sinusienne.  
 38. M. TRÉTRÔP. — La répression du charlatanisme en matière otologique.  
 39. M. VAN DEN WILDENBERG. — Anévrysme de la carotide primitive. Opération.

DEMANDE DE RENSEIGNEMENTS.

Le D<sup>r</sup> E. LOMBARD, 49, rue de Rome, à Paris, chargé pour le Congrès international d'otologie qui doit se tenir à Budapest en 1909 d'un Rapport sur : *Les paralysies des muscles moteurs de l'œil dans leurs rapports avec les otites suppurées*, serait reconnaissant à ses confrères qui auraient observé des faits cliniques se rapportant à ce sujet de bien vouloir les lui communiquer, en y joignant autant que possible un extrait de leur publication ou l'indication de leur travail.

## CHLOROFORME DUMOUTHIERS

Préparé spécialement pour l'*Anesthésie* ; sa conservation dans le vide et en tubes jaunes scellés le met à l'abri de toute altération.

Dépôt : PHARMACIE BORNET, Rue de Bourgogne, PARIS



# OUATAPLASME

du Docteur ED. LANGLEBERT

ADOPTÉ par les MINISTÈRES de la GUERRE, de la MARINE et les HÔPITAUX de PARIS

**Pansement complet Aseptique, blanc, sans odeur.**

*Précieux à employer dans toutes les inflammations de la Peau :*

**ECZÊMAS, ABCÈS, FURONCLES, ANTHRAX, PHLÉBITES, etc.**

P. SABATIER, 24, Rue Singer, PARIS, et dans toutes les principales Pharmacies.

(Coca-Théine analgésique Paradoxum)

# CÉRÉBRINE

Médicament spécifique des **MIGRAINES**

et des **NÉURALGIES REBELLES**

E. FOURNIER, 21, Rue de St-Petersbourg, PARIS et toutes Pharmacies.

OUVRAGES ENVOYÉS AUX ANNALES

BOTEY: *La puncion de la membrana cricotiroidéa como operacion temporal previa en las traqueotomias de urgencia extrema* (Communication à la Soc. franç. de laryngol., mai 1907).

C. ERNEST WEST et SYDNEY SCOTT : *The operative Surgery of Labyrinthitis based upon ana Experience of Thirty Cases* (Extr. du *Bulletin de la Société royale de médecine*, avril 1908. Londres, 1908; J. Bale, Sons et Danielsohn, édit.).

Dr LICKGRAF : *Des inhalations de saponine dans les affections des voies respiratoires inférieures* (Extr. de *Munch. medizinische Wochenschrift*, n° 9, 1908).

WICART : *Sur l'intervention immédiate dans les coups de feu dans l'oreille*, Steinheil, édit., Paris, janv. 1908.

Le Gérant : PIERRE AUGER.

# TABLE DES MATIÈRES DE L'ANNÉE 1908

(34<sup>e</sup> VOLUME, 1<sup>re</sup> PARTIE)

## TABLE DES NOMS D'AUTEURS

*Les titres des mémoires originaux sont composés en caractères gras.*

	Pages.
<b>Abercrombie.</b> — Notes sur les ganglions du cou.....	102
<b>Aboulker.</b> — Communications concernant des cas observés dans le service d'oto-rhinologie à l'hôpital de Mustapha.....	738
<b>Ahond (A.).</b> — Les paresthésies pharyngées.....	211
<b>Albrecht.</b> — Röntgénogramme du sinus maxillaire biloculaire.	466
<b>Alexander.</b> — Sur la surdité progressive due à l'atrophie de l'organe de Corti.....	348
<b>Aulicke.</b> — Rhinosclérome.....	454
<b>Ball (J.-B.).</b> — Tumeur du pharynx.....	81
— — — — — Tumeur du repli ary-épiglottique gauche...	82
— — — — — Papillome nasal.....	83
— — — — — Kyste du plancher de la fosse nasale droite.....	88
— — — — — Affection syphilitique du larynx.....	98
<b>Balla (A.).</b> — Les mouvements respiratoires anormaux de la membrane tympanique.....	222
<b>Barany.</b> — Théorie du nystagmus.....	120
— — — — — L'appareil vestibulaire dans les traumatismes de la tête et sa valeur pratique.....	122
<b>Barth.</b> — Contribution à la physiologie de la voix par l'examen aux rayons X.....	441
— — — — — Spasme inspiratoire de la glotte.....	442
— — — — — Sur le nodule vocal.....	443
— — — — — Gangrène de la corde vocale.....	460
<b>Barwell (Harold).</b> — Epithéliome de l'amygdale.....	104
<b>Baumgarten.</b> — L'influence des sténoses du larynx et de l'œsophage sur l'appareil génital.....	716
<b>Baurowicz.</b> — Paralysie otogène de l'abducteur.....	323
<b>Benda.</b> — Concrétion goutteuse dans l'articulation crico-aryténoïdienne.....	445

	Pages.
<b>Benda.</b> — Démonstration de deux sinus sphénoïdaux anormaux.	449
<b>Benoit-Gonin.</b> — Etudes anatomo-cliniques sur la paroi labyrinthique de l'oreille moyenne.	218
<b>Blau.</b> — Méningo-encéphalite séreuse.	325
<b>Blegvad.</b> — Quelques remarques sur l'épreuve de Weber.	345
<b>Bolewski.</b> — Otite moyenne aiguë. — Thrombose du sinus. — Pyémie. — Guérison après antrotomie.	329
<b>Bonnier (Pierre).</b> — Troubles oculo-moteurs d'origine labyrinthique.	352
<b>Bosviel.</b> — Rôle de la syncope dans l'hémostasie.	76
<b>Botella (E.).</b> — Sarcome de l'oreille moyenne. — Alticotomie. — Guérison.	319
<b>Boulay (M.) et Le Marc'Hadour (H.).</b> — Les paresthésies pharyngées.	490
— — — — — Les paresthésies pharyngées (suite et fin).	656
<b>Bradford Dench (Edward).</b> — Résultats de la cure chirurgicale de l'otite moyenne purulente chronique.	239
<b>Braut (J.).</b> — Deux cas de macroglossie.	35
<b>Brieger.</b> — Pathologie de la pyémie otogène.	119
<b>Bruck.</b> — Un cas de polynévrite avec participation du larynx.	437
<b>Brunel (P.).</b> — Notes sur la technique du tubage.	188
<b>Brunings.</b> — Progrès techniques et cliniques dans la bronchoscopie.	723
<b>Bryant (Sohier).</b> — Le caillot sanguin modifié dans la chirurgie mastoïdienne.	241
<b>Burger.</b> — L'importance au point de vue diagnostique et thérapeutique des rayons X et du radium dans la laryngologie et la rhinologie.	711
<b>Burkner.</b> — Expériences sur l'emploi de l'alypine en otologie.	235
<b>Caboche (Henri).</b> — Contribution à l'étude de l'antrotomie précoce au cours de certaines suppurations aiguës de l'oreille moyenne (antrites aiguës latentes et antrites douloureuses).	418
<b>Cagnola et Melzi.</b> — Quatre cas de sténose laryngo-trachéale chronique guéris par la laryngostomie.	737
<b>Calamida (M.).</b> — Réinfection mastoïdienne chez les opérés de mastoïdite.	324
<b>Calas (A.).</b> — Les abcès péripharyngiens.	214
<b>Capette (L.).</b> — Contribution à l'étude du traitement chirurgical du cancer de la langue.	213
<b>Castex.</b> — Quelques lésions lépreuses des fosses nasales, du voile du palais et du larynx.	76
— — — Syphilis secondaire grave du larynx.	432
<b>Castex et Marchand.</b> — Etude anatomique et histologique sur la surdi-mutité.	350
<b>Cathcart (G.-C.).</b> — Kyste du repli ary-épiglottique gauche.	91
— — — — — Ulcération de l'espace interaryténoidien.	92
— — — — — Paralysie complète de l'abduction.	92
— — — — — Pièces du fibrome du larynx présentées à la dernière séance.	99
<b>Cauzard.</b> — Présentation d'une instrumentation avec nouvel éclairage pour œsophagoscopie et bronchoscopie.	77
<b>Chauveau.</b> — Troubles auditifs et chlorure de sodium.	351
<b>Chavanne (F.) et Lannois (M.).</b> — Formes cliniques du syndrome de Ménière.	473
— — — — — Formes cliniques du syndrome de Ménière (suite et fin).	610

	Pages.
<b>Cheatle (A.-H.).</b> — Conditions anatomiques permettant au pus de passer de l'antre vers le cou.....	221
<b>Claoué.</b> — <b>Méningite suppurée d'origine otitique</b> .....	158
<b>Cohn.</b> — Du vieux et du nouveau sur la tuberculose du nez....	358
<b>Collinet.</b> — Sporotrichose du larynx.....	438
<b>Colo (Francesco di).</b> — Sur la production du cérumen.....	224
<b>Cornet.</b> — Du rôle possible des auto-intoxications, en particulier de l'auto-intoxication gastro-intestinale, dans l'étiologie de certaines affections des oreilles, du nez et du larynx.....	435
<b>Davidsohn.</b> — Lupus primaire de la muqueuse naso-pharyngo-laryngée.....	443
<b>Davis (H.-J.).</b> — Sténose du larynx.....	85
— — Papillome du larynx.....	87
— — Fétidité nasale.....	89
— — Néoplasie du larynx.....	90
— — Fissures de la langue.....	105
— — Papillome du larynx.....	105
— — Observation d'aphémie.....	113
<b>Daxe.</b> — Diphtérie primaire de l'oreille.....	223
<b>Denker.</b> — Recherches bactériologiques sur l'otite moyenne aiguë.....	116
— — Le traitement opératoire des tumeurs malignes du nez.....	698
<b>Dennert.</b> — Expériences acoustiques concernant l'appareil auditif.....	118
<b>Depangher.</b> — Nouvel adénotome.....	739
<b>Donelan.</b> — Lupus ou syphilis nasale?.....	114
<b>Duchesne (R.).</b> — <b>Corps étranger des voies aériennes (Haricot sec). Trachéotomie. Guérison</b> .....	67
<b>Edelmann.</b> — Gamme continue des sons constituée par des résonnateurs munis de planche résonnante.....	347
— — Recherches sur les vibrations du pied du diapason.....	347
<b>Eicken (Von).</b> — Nos expériences sur l'opération de Killian....	721
<b>Escat (E.).</b> — Technique oto-rhino-laryngologique; séméiotique et thérapeutique à l'usage de l'étudiant et du médecin praticien.....	206
— — Anesthésie des incisives et des canines supérieures par voie nasale.....	359
— — <b>Polynévrite sensitivo-sensorielle grippale.</b> .....	560
<b>Eschweiler.</b> — Examen de la muqueuse dans les sinusites du nez.....	119
<b>Fein.</b> — Nouvel adénotome avec démonstration.....	720
<b>Finder.</b> — Tuberculose et gravidité.....	444
— — Pemphigus du pharynx.....	457
— — Lympho sarcome du pharynx.....	463
— — Démonstration d'un polype du larynx contenant une grande quantité de pigment hémato-gène.....	463
<b>Flatau.</b> — Nouvelles expériences sur la phonasthénie.....	711
<b>Fournié (Jacques).</b> — <b>Des mastoïdites aiguës latentes.</b> .....	43
<b>Fraenkel (B.).</b> — Syphilis héréditaire associée à la péri-chondrite tuberculeuse du cricoïde.....	464
— — La laryngologie et la rhinologie dans leurs rapports avec la médecine générale. — Enseignement et examen de ces branches dans les divers Etats.....	693
<b>Freytag.</b> — Diplacousie labyrinthogène syphilitique.....	339
<b>Furet.</b> — Mastoïdites et diabète.....	77
<b>Garel (J.).</b> — <b>Enrouement de l'enfance.</b> .....	397

	Pages.
<b>Garel (J.).</b> — Enrouement chronique de l'enfance.....	735
<b>Geigel.</b> — La valeur du pavillon de l'oreille pour l'audition.....	224
<b>Gerber.</b> — Traitement secondaire de la radicale sans tamponnement.....	347
<b>Gibert (Paul).</b> — Un cas d'abcès du lobe temporal droit consécutif à une otite moyenne chronique. — Opération. — Guérison.....	453
<b>Gleitsmann.</b> — Traitement de la tuberculose des voies respiratoires supérieures.....	726
<b>Glover (Jules).</b> — Surdité centrale bilatérale. — Hérédo-syphilis à la seconde génération.....	463
— — — Laryngites traumatiques cons�c�tives au tubage et rétrécissements laryngiens chez l'enfant.....	275
— — — Ectasie de la portion horizontale de la crosse aortique au niveau du tronc brachio-céphalique. Hémiplégie laryngée récurrentielle droite. Mort subite sans rupture du sac. Son explication anatomo-clinique.....	437
— — — Explication anatomo-clinique de la mort subite dans la lésion du pneumogastrique avec hémiplégie laryngée récurrentielle et l'anéantissement dynamique ou la lésion organique du phrénique.....	583
<b>Glück.</b> — La chirurgie au service de la laryngologie.....	693
<b>Goldmann.</b> — Ankylose cicatricielle des deux articulations crico-aryt�noidiennes.....	459
<b>Grabower.</b> — Paralyse gauche du voile et du posticus combinée.....	447
<b>Gradenigo.</b> — Herpès zoster otique.....	258
— — — Sur une méthode simple d'acoumétrie avec la voix.....	344
<b>Grant (Dundas).</b> — Lympho-sarcome glosso-épiglottique.....	87
— — — N�vus du pharynx.....	89
— — — Ulcération et infiltration de la moitié droite du larynx.....	403
— — — Affaiblissement extrême de la voix chez un homme de 41 ans, durant depuis quatorze mois, survenu apparemment à la suite d'un refroidissement.....	403
— — — Lymphosarcome de la base de la langue et de l'épiglotte. Extirpation par pharyngotomie latérale après ligature de la carotide externe gauche, de la faciale et de la linguale droites. Récidive à gauche.....	404
— — — Pharyngo-kératose améliorée par des applications de solution à 10 p. 100 d'acide salicylique dans du sulfocinate de soude.....	414
— — — Immobilité de la corde vocale gauche.....	415
<b>Grivot (M.).</b> — Otite moyenne aiguë. — Mastoïdite de Bezold. — Paralyse du nerf moteur oculaire externe.....	271
<b>Grummach.</b> — Démonstration des diapositives d'une tumeur du maxillaire supérieur, examinée par les rayons X.....	441
<b>Guisez (J.).</b> — Nouveaux faits de broncho-�sophagoscopie.....	50
— — — Thrombose de la veine jugulaire interne et du golfe. — Ligature de la jugulaire. — Ouverture du sinus et du golfe. — Guérison.....	177
— — — Maladies des fosses nasales et des sinus.....	210
— — — Administration du chlorure d'éthyle à doses minimes et fractionnées par l'appareil Decolland.....	437
<b>Gutzmann.</b> — Voix et parole sans larynx.....	738
<b>Hajek.</b> — Opération endonasale du sinus sphénoïdal et du sinus ethmoïdal.....	740

	Pages.
<b>Halasz.</b> — Sur l'extraction des osselets d'après la méthode de Neumann.....	316
<b>Hald (Tetens).</b> — L'augmentation du poids spécifique du pus dans l'otite moyenne suppurée aiguë comme indication pour l'ouverture de l'apophyse mastoïde.....	317
<b>Hansberg.</b> — La curabilité de la septicémie otogène aiguë.....	125
<b>Hartmann.</b> — Méthode de l'examen de l'oreille chez les enfants.....	116
<b>Hang.</b> — Quelques cas de psychoses réflexes à point de départ auriculaire.....	351
<b>Hechinger.</b> — Le noma de l'oreille.....	224
<b>Hegener.</b> — Sur l'abcès cérébral.....	120
<b>Hélot.</b> — <b>Exploration diaméatique du sinus maxillaire avec le stylet.</b> .....	430
<b>Henrici.</b> — Corps étrangers de l'œsophage.....	126
<b>Heryng.</b> — La thérapie par l'inhalation.....	709
<b>Hinsberg.</b> — Sur l'importance des constatations faites au cours d'une radicale pour le diagnostic de la labyrinthite suppurée.....	336
— — Les indications de l'ouverture du labyrinthe suppuré.....	336
<b>Hinschfeld.</b> — Section des nerfs craniens.....	454
<b>Hofer.</b> — Cas de thrombose du sinus consécutive à une otite moyenne aiguë.....	326
<b>Hoffmann.</b> — Préparation d'un abcès cérébral en voie de guérison.....	120
<b>Horne (Jobson).</b> — Tumeur kystique du larynx.....	96
— — Lymphosarcome du médiastin.....	115
<b>Horsford.</b> — Kyste du plancher de la fosse nasale gauche.....	96
— — Affection de l'amygdale avec retentissement ganglionnaire.....	98
<b>Hunt (Middlemasso).</b> — Examen microscopique d'un lipome de la trachée.....	112
<b>Imhofer.</b> — Les connaissances sur la tuberculose du larynx dans l'antiquité grecque et romaine.....	718
<b>Isemer.</b> — Deux cas de vertige <i>ab aure læsa</i> guéris par l'opération.....	339
<b>Jurasz.</b> — Congrès internationaux de rhino-laryngologie.....	718
<b>Kanasugi.</b> — Les troubles du larynx dans le bériberi.....	736
<b>Kapp.</b> — Traitement de la rougeur du nez par le courant galvanique.....	358
<b>Katzenstein.</b> — Expériences sur les <i>gyrus præcrucialis</i> Owen.....	724
<b>Kelson (W.-H.).</b> — Ulcération (maligne)? de la base de la langue.....	87
— — Tumeur du palais.....	96
— — Ulcération de l'épiglotte et de la base de la langue.....	97
— — Anomalie du cou.....	102
<b>Kirchner.</b> — Appareil pour les exercices opératoires sur l'os temporal.....	353
<b>Kishi.</b> — L'anatomie de l'oreille du Japonais.....	221
— — Sur la dyspepsie otogène des nourrissons.....	354
<b>Kobrak.</b> — Sur les causes et les voies de l'infection dans l'otite moyenne aiguë.....	117
<b>Kœllreutter.</b> — Surdité du nouveau-né comme trouble de l'appareil transmetteur de l'oreille.....	237
<b>Kœnig.</b> — Sarcome à myéloplaxes de la fosse nasale droite.....	80
— — Un séquestre libre dans la narine droite, d'origine probablement traumatique, la muqueuse étant intacte.....	432
<b>Kramm.</b> — Oblitération du sinus par phlébite sans thrombose chez les enfants.....	325
<b>Kronenberg.</b> — Faux diagnostic de corps étranger des voies respiratoires.....	126

	Pages.
<b>Kubo (Ino).</b> — Otologie d'autrefois au Japon.....	352
<b>Kuhnt.</b> — Relations entre les maladies du nez et du naso-pharynx et celles des yeux.....	694
<b>Kummel.</b> — Sur la bactériologie de l'otite moyenne aiguë.....	116
<b>Kuttner.</b> — Cas d'ozène traité par la paraffine.....	448
— — — Cancer du pharynx et du larynx.....	449
— — — Carie du cornet nasal.....	449
— — — Péritonsillite.....	454
— — — Syringomyélie.....	455
— — — Quelle est la valeur de la radiographie pour le diagnostic et le traitement des affections sinu-sales avec démonstrations.....	713
<b>Lack (Lambert).</b> — Un cas de persistance de l'organe de Jacobson.....	92
— — — Les maladies du nez et des sinus accessoires.....	192
<b>Lake (R.).</b> — Opérations pour vertiges et bourdonnements.....	326
<b>Lannois (M.) et Chavanne (F.).</b> — <b>Formes cliniques du syndrome de Ménière</b> .....	473
— — — <b>Formes cliniques du syndrome de Ménière (suite et fin)</b> .....	610
<b>Lauffs.</b> — Le <i>Proteus</i> dans l'otorrhée.....	315
<b>Laurens (Paul).</b> — Volumineux angiome du voile du palais et du pharynx guéri par l'électrolyse.....	80
— — — Volumineux angiome du voile du palais et du pharynx traité par l'électrolyse.....	433
— — — Tumeur du sinus piriforme droit.....	433
<b>Lavrand.</b> — Otite moyenne suppurée et paralysie faciale à droite; à gauche, paralysie de l'orbiculaire et du frontal d'origine traumatique.....	232
<b>Lavsins.</b> — Sur la persistance de l'artère stapédienne chez l'homme. Sa valeur au point de vue de l'anatomie comparée et de la pathogénèse.....	222
<b>Lebram.</b> — Syphilome du pharynx.....	464
<b>Ledoux (L.).</b> — <b>Nouveau procédé de drainage du sinus maxillaire</b> .....	73
<b>Lennhoff.</b> — Gangrène d'un polype descendu dans le pharynx..	441
— — — Epistaxis récidivantes.....	443
— — — Hypertrophie de la muqueuse du nez.....	448
— — — Tumeur du maxillaire.....	452
<b>Lermoyez (Marcel).</b> — <b>De la conservation aseptique des aiguilles à paracentèse du tympan</b> .....	133
— — — <b>De la valeur de la rhino-laryngologie en pathologie générale</b> .....	372
— — — Procédé de conservation aseptique des aiguilles à paracentèse du tympan.....	433
— — — Modifications à la technique classique de l'adénotomie.....	434
— — — Le cinquantenaire de la laryngologie. Jubilé de Türk et Czermak.....	588
<b>Lermoyez (M.) et Mahu (G.).</b> — Pompe électrique pour aérothermothérapie.....	184
— — — — — Un nouveau ventilateur à pression pour l'appareil à air chaud.....	435
<b>Leroux (Robert).</b> — <b>L'inclusion de paraffine dure en prothèse nasale externe. Technique et instrumentation</b> .....	305
<b>Lévy (Robert).</b> — Traitement chirurgical de la tuberculose des voies aériennes supérieures et de l'oreille.....	314

	Pages.
<b>Lombard.</b> — Volumineux ostéome de l'ethmoïde, enlevé par la voie paranasale.....	438
<b>Low (Stuart).</b> — Immobilisation de la corde vocale droite avec dysphagie pour les liquides.....	86
— — Vaste tumeur opérée du voile du palais et de la paroi gauche du pharynx.....	101
— — Plusieurs cas de sinusite frontale chronique....	411
<b>Lowy (Hugo).</b> — Préparation de polype nasal présentant des filaments particuliers de mucus dans les dilatations glandulaires.....	104
<b>Luc (H.).</b> — Abscès cérébral d'origine otique du côté gauche diagnostiqué et ouvert. — Survie d'un mois. — Mort par infection ventriculaire.....	92
— — Mastoïdite aiguë compliquée de paralysie de la sixième paire chez un diabétique. Persistance de la suppuration profuse de la caisse et production d'une fusée cervicale profonde, en dépit d'une antrotomie largement pratiquée. Seul l'évidement pétro-mastoïdien amène la fin de l'otorrhée et la guérison de la paralysie oculaire.....	78
— — Abscès otique du lobe temporo-sphénoïdal contigu à la cavité ventriculaire. — Infection ventriculaire malgré l'ouverture chirurgicale. — Mort par lepto-méningite généralisée. — Autopsie crânienne.....	142
— — Mastoïdite aiguë compliquée de paralysie de la sixième paire chez un diabétique. — Persistance de la suppuration profuse de la caisse et production d'une fusée cervicale profonde après l'ouverture des cavités mastoïdiennes. — Arrêt de la suppuration et guérison de la paralysie oculaire à la suite de l'évidement pétro-mastoïdien.....	269
<b>Mader.</b> — Contributions nouvelles au diagnostic et au traitement des affections des voies respiratoires supérieures par les rayons X.....	718
<b>Mahler.</b> — Sur le cancer de l'oreille.....	226
<b>Mahu.</b> — Prothèse externe avec paraffine à froid.....	435
— — Emploi de l'abaisse-langue autostatique en laryngologie.....	697
<b>Mahu (P.) et Lermoyez (M.).</b> — Pompe électrique pour aérothermothérapie.....	184
— — Un nouveau ventilateur à pression pour l'appareil à air chaud.....	435
<b>Manassa.</b> — Absence congénitale du pavillon.....	118
<b>Manasse.</b> — Sur la surdité labyrinthique chronique et progressive.....	334
<b>Marc'Hadour (H.) Le et Boulay (M.).</b> — Les paresthésies pharyngées.....	490
— — — Les paresthésies pharyngées (suite et fin).....	656
<b>Marchand et Castex.</b> — Etude anatomique et histologique sur la surdi-mutité.....	350
<b>Marschik.</b> — Présentation d'une jeune fille de seize ans, atteinte d'un épithéliome du larynx.....	739
<b>Massel.</b> — Tumeurs géantes.....	717
<b>Massier.</b> — Considérations pratiques sur le traitement conservateur des suppurations de l'attique par le pansement sec.....	231
<b>Melzi et Cagnola.</b> — Quatre cas de sténose laryngo-trachéale chronique guéris par la laryngostomie.....	737

	Pages
<b>Mermod.</b> — Résection sous-muqueuse de la cloison et ozène..	737
<b>Meyer (A.)</b> — Cas de paralysie aiguë du récurrent, du voile du palais et du pharynx.....	452
— — Sinus maxillaire double.....	453
— — Lupus du voile et du pharynx.....	464
— — Décanulement difficile.....	447
— — Persistance du thymus.....	465
— — Pachydermie du larynx.....	465
<b>Meyer.</b> — Opération de la sinusite maxillaire par le méat inférieur.....	450
<b>Milligan.</b> — Absès du lobe frontal droit, secondaire à une suppuration bilatérale du sinus frontal et ethmoïdal.....	406
— — Exostose du sinus frontal.....	408
<b>Moller.</b> — Contribution à la voix de tête et à la voix de poitrine.....	734
<b>Mollmard.</b> — L'anesthésie locale pour les opérations pratiquées sur l'appareil auditif.....	467
<b>Moliné (J.)</b> — Les tumeurs malignes du larynx. Pathologie. Thérapeutique.....	209
<b>Moure.</b> — Sur la trachéo-thyrotomie.....	702
<b>Mouret (R.)</b> — A propos d'un cas de complications endocraniennes consécutives à une otite moyenne suppurée.....	216
<b>Muck.</b> — Quelques remarques sur le traitement de la suppuration de la caisse par l'hyperémie.....	234
<b>Neuenborn.</b> — Cas d'intoxication cocaïnique.....	123
<b>Neumann.</b> — Bactériologie de l'otite moyenne aiguë.....	417
— — Instrument pour l'ouverture du golfe de la veine jugulaire.....	419
— — Suppurations circonscrites du labyrinthe.....	422
<b>Onodi.</b> — Sur la partie membraneuse de la fontanelle du méat moyen.....	355
— — Résection de la cloison nasale dans la tuberculose primitive.....	359
<b>Oppikofer.</b> — Recherches sur le nez pendant la menstruation, la grossesse et après l'accouchement.....	120
— — Contribution à l'anatomie normale et pathologique du nez et du sinus.....	356
<b>Panse.</b> — Quelles sont les lésions qui, dans une préparation histologique de l'oreille interne, peuvent être considérées comme certainement dues à la maladie ?.....	421
— — Absès du cervelet.....	322
<b>Parker (Charles-A.)</b> — Ulcération de l'amygdale droite chez un homme de 32 ans.....	404
— — Tuberculose du larynx chez une femme de 33 ans.....	405
<b>Paterson (D.-R.)</b> — Ablation d'un corps étranger de la bronche gauche chez un garçon de 19 ans.....	411
<b>Perez (Fernand).</b> — Bactériologie, étiologie et prophylaxie de l'ozène.....	549
<b>Perez (F.)</b> — Bactériologie, étiologie et prophylaxie de l'ozène.....	439
<b>Peters (E.-A.)</b> — Lupus du palais et du larynx traité par la tuberculine, T. R. Amélioration.....	410
— — Parésie fonctionnelle du palais.....	410
— — Trachéotomie pour obstruction laryngée. Ablation d'un fibrome par section du cricoïde. Pas d'amélioration. Thyrotomie ultérieure et ablation d'un autre fibrome..	410
— — Sinusite frontale. Opération de Killian.....	411
<b>Philips (M.)</b> — Électrolyse professionnelle de la langue.....	39

	Pages.
<b>Pisano.</b> — Sténose du conduit auditif externe par acromégalie.	226
<b>Politzer.</b> — Discours prononcé dans la cérémonie d'adieu du 1 <sup>er</sup> octobre 1907.	249
<b>Poô (Julio M. de) et Suarez (Francisco).</b> — Septico-pyohémie otique sans thrombo-phlébite.	322
<b>Portella (Jaquin).</b> — Un cas d'abcès cérébral otogène. Opération. Guérison.	333
<b>Potter (Furniss).</b> — Fixation de la corde vocale gauche chez une femme de 41 ans.	401
— — Tumeur de la cloison du nez.	402
— — Examen microscopique d'une tumeur de la cloison.	412
<b>Quix.</b> — Sur la vibration du diapason.	343
<b>Réthi.</b> — Indications pour les opérations sur le septum.	739
<b>Rhese.</b> — Sur les relations entre les commotions de la tête et l'oreille interne observées surtout dans les cas où l'audition est lésée peu ou dans un degré négligeable.	340
<b>Richter.</b> — Le papier de soie comme prothèse du tympan.	230
<b>Roberts (W.-H.).</b> — Trois cas mortels de méningite avec symptômes auriculaires particuliers.	313
<b>Robinson (Betham).</b> — Tuberculose du larynx.	401
— — Papillome très étendu du larynx.	408
<b>Rüpke.</b> — L'ostéomyélite du frontal consécutive à la suppuration du sinus frontal et ses complications intracrâniennes.	419
<b>Rosenberg.</b> — Note historique.	445
— — Hypopharyngoscopie.	446
— — Abscès froid du larynx.	461
<b>Rosenthal.</b> — Kyste dentaire.	444
<b>Roughton.</b> — Épithélioma de la langue et du larynx.	92
<b>Royet.</b> — Considérations à propos de nouvelles observations de vertige par symphyse salpingo-pharyngienne.	350
<b>Rozier et Tissé (Philippe).</b> — Du développement thoracique par la gymnastique respiratoire après l'opération adénoïdienne.	1
<b>Ruttin (Eric).</b> — Les indications de l'opération radicale bilatérale spécialement au point de vue du résultat fonctionnel.	391
<b>Santa-Maria (A.).</b> — Les altérations de l'oculo-motricité dans les lésions du labyrinthe.	344
<b>Santi (De).</b> — Laryngite syphilitique tertiaire chez un homme de vingt-neuf ans. Discussion du traitement.	97
<b>Schaefer.</b> — Nouvelles expériences sur la théorie de la résonance par Helmholtz.	418
<b>Schiffers.</b> — Trophédème du larynx.	736
<b>Schoenborn.</b> — Sur la participation des nerfs acoustiques dans la polynévrite cérébrale aiguë.	346
<b>Schröder.</b> — Nouveau cas de thrombo-phlébite suppurée sans fièvre.	325
<b>Schwartz.</b> — Mort par méningite consécutive à des essais malheureux d'extraction d'une pierre du conduit.	327
— — Terminologie inadmissible dans notre littérature.	329
<b>Sébileau (Pierre).</b> — L'appareil suspenseur du larynx.	365
<b>Semon (Félix).</b> — Paralyse de la moitié droite de la langue, du palais, de l'abducteur, du larynx, au cours d'une pachyméningite syphilitique.	88
— — Traitement général des affections locales des voies respiratoires supérieures.	701
<b>Sicre (A.) et Vaquier (L.).</b> — Syndrome naso-pharyngo-	

	Pages.
<b>laryngé avec paralysie du voile du palais et des cordes vocales de nature typhoïdique</b> .....	300
<b>Siebenmann.</b> — Surdité consécutive à l'ostéomyélite.....	121
— — Préparations de labyrinthes des sourds-muets.....	121
— — Sur les fonctions et l'anatomie microscopique de l'appareil auditif dans l'aplasie totale de la glande thyroïde.....	224
<b>Smith (S. Maccuen).</b> — Résultats obtenus par la cure radicale de l'otite moyenne purulente chronique.....	238
<b>Sobernheim.</b> — Tuméfaction de la tonsille droite.....	456
<b>Sonntag.</b> — Fistule œsophago-trachéale.....	462
<b>Spicer (Scanes).</b> — Cancer inopérable de l'isthme du gosier traité par le sérum de <i>Micrococcus neoformans</i> .....	85
— — Œdème chronique du larynx.....	92
— — Un cas d'achondroplasie chez un enfant âgé de trois ans.....	93
— — Epithéliome du larynx.....	98
<b>Stein.</b> — Traitement postopératoire de la radicale sans tamponnement.....	318
<b>Stern.</b> — Troubles de la voix et de la parole dans les maladies nerveuses.....	740
<b>Stimmel.</b> — Traitement de l'otite moyenne chronique par l'hyperémie.....	122
<b>Suarez (Francisco) et Poë (Julio M. de).</b> — Septico-pyohémie otique sans thrombo-phlébite.....	332
<b>Süpfle (Karl).</b> — Étude sur la bactériologie de l'otite moyenne aiguë.....	228
<b>Tapia.</b> — Sangsue aspirée dans la trachée. Trachéoscopie stomatoïdale directe. Extraction.....	309
<b>Thomson (Saint-Cla'r).</b> — Tuberculose laryngée complètement guérie depuis trois ans sans traitement local chez un homme de 55 ans.....	83
— — Tuberculose laryngée étendue chez une femme de 40 ans, ayant déterminé de la sténose de la glotte. Trachéotomie. Guérison maintenue depuis un an....	83
— — Opération de Killian pour sinusite frontale double.....	84
— — Affection maligne du larynx chez un syphilitique.....	86
— — Pansinusite.....	91
— — 1 <sup>o</sup> Résection sous-muqueuse de la cloison chez un homme de 37 ans.....	95
— — 2 <sup>o</sup> Résection sous-muqueuse chez un garçon de 15 ans.....	95
— — Rhino-sclérome du naso-pharynx chez une Polonaise de 19 ans.....	108
— — Tumeur endolaryngée chez un homme de 29 ans.....	109
— — Prolapsus du ventricule de Morgagni chez une femme de 50 ans.....	109
— — Infiltration et ulcération de la luette chez l'homme.....	109
— — Tumeur maligne du larynx chez un homme de 29 ans.....	112
— — Pseudo-prolapsus du ventricule de Morgagni.....	113
<b>Tilley (Herbert).</b> — Œdème dur de la partie inférieure du front des parties latérales du nez et des paupières inférieures..	93
— — Sinusite frontale chronique. Opération radicale, avec fermeture immédiate de la plaie.....	94

	Pages.
<b>Tilley (Herbert).</b> — Pièces de cartilages et d'os retirées par résection sous-muqueuse du septum.....	99
— — Quelques points sur le diagnostic différentiel dans les suppurations chroniques des sinus.....	705
<b>Tissié (Philippe) et Rozier.</b> — Du développement thoracique par la gymnastique respiratoire après l'opération adénoïdienne.....	1
<b>Torok.</b> — Atrésie des deux conduits et oblitération osseuse partielle de la caisse.....	225
<b>Trifiletti.</b> — A propos des vertiges auriculaires.....	348
<b>Urbantschitsch (E.).</b> — La valeur thérapeutique de la fibrolysine dans les affections de l'oreille moyenne.....	235
— — Sur les relations des affections nasopharyngées avec la surdi-mutité.....	353
<b>Vaquier (L.) et Sicre (A.).</b> — Syndrome naso-pharyngolaryngé avec paralysie du voile du palais et des cordes vocales de nature typhoïdique.....	300
<b>Vohsen.</b> — Contribution au traitement par l'hyperémie dans les maladies de l'oreille et des voies respiratoires supérieures.....	232
— — Opération des tumeurs malignes de l'amygdale....	720
— — Technique de la transillumination du sinus maxillaire et frontal.....	720
<b>Voss.</b> — La radiologie dans l'otiatricque.....	420
— — Nystagmus dans la lésion unilatérale du labyrinthe...	422
— — Ne touchez pas au thrombus.....	330
<b>Wagner.</b> — Cristaux et cellules géantes dans les suppurations de l'oreille moyenne.....	418
<b>Waldeyer.</b> — Démonstrations.....	445
<b>Wassermann.</b> — La valeur des rayons X pour le diagnostic des sinusites nasales.....	420
<b>Weill (G.-A.).</b> — Les effets du sérum antituberculeux de Marmorek dans la tuberculose laryngée.....	81
— — Traitement du vertige.....	440
<b>Williams (Watson).</b> — Épithélioma du larynx.....	86
— — — Épithélioma du larynx.....	93
— — — Radiographies stéréoscopiques des sinus.....	95
<b>Winkler.</b> — Rontgénogramme de l'apophyse mastoïde.....	421
<b>Wittmaack.</b> — Sur les altérations de l'appareil auditif par l'action du son.....	421
<b>Wolf.</b> — Sur quelques tumeurs du nez.....	446
<b>Zabrowski.</b> — Sur la possibilité de la guérison et sur le traitement opératoire de la pyémie otogène.....	321
— — Trois cas d'abcès otogène du cerveau.....	323



## TABLE ALPHABÉTIQUE GÉNÉRALE

	Pages.
Abaisse-langue autostatique (Emploi de l') en laryngologie, par <b>Mahu</b> .....	697
Abcès du cervelet, par <b>Panse</b> .....	322
Abcès du lobe frontal droit, secondaire à une suppuration bilatérale du sinus frontal et ethmoïdal, par <b>Milligan</b> .....	106
<b>Abcès du lobe temporal droit (Un cas d') consécutif à une otite moyenne chronique. — Opération. — Guérison</b> , par <b>Paul Gibert</b> .....	153
Abcès cérébral (Sur l'), par <b>Hegener</b> .....	120
Abcès cérébral (Préparation d'un) en voie de guérison, par <b>Hoffmann</b> .....	120
<b>Abcès cérébral d'origine otique du côté gauche diagnostiqué et ouvert. — Survie d'un mois. — Mort par infection ventriculaire</b> , par <b>H. Luc</b> .....	22
Abcès cérébral otogène (Un cas d'). Opération. Guérison, par <b>Joaquin Portella</b> .....	333
Abcès froid du larynx, par <b>Rosenberg</b> .....	461
<b>Abcès otique du lobe temporo-sphénoïdal contigu à la cavité ventriculaire malgré l'ouverture chirurgicale. — Mort par lepto-méningite généralisée. — Autopsie crânienne</b> , par <b>H. Luc</b> .....	142
Abcès otogène (Trois cas d') du cerveau, par <b>Zabrowski</b> .....	323
Abcès péripharyngiens (Les), par <b>A. Calas</b> .....	214
Achondroplasie (Un cas d') chez un enfant âgé de trois ans, par <b>Scanes Spicer</b> .....	93
Accoumétrie (Sur une méthode simple d') avec la voix, par <b>Gradenigo</b> .....	344
<b>Adénoldienne (Du développement thoracique par la gymnastique respiratoire après l'opération)</b> , par <b>Rozier et Philippe Tissé</b> .....	1
Adénotome (Nouvel), par <b>Depangher</b> .....	739
Adénotome (Nouvel) avec démonstration, par <b>Fein</b> .....	720
Adénotomie (Modifications à la technique classique de l'), par <b>M. Lermoyez</b> .....	434
Aérothermothérapie (Pompe électrique pour), par <b>M. Lermoyez et G. Mahu</b> .....	184
<b>Aiguilles à paracentèse du tympan (De la conservation aseptique des)</b> , par <b>Marcel Lermoyez</b> .....	133
Alpyne (Expériences sur l'emploi de l') en otologie, par <b>Burkner</b> .....	235
Amygdale (Affection de l') avec retentissement ganglionnaire énorme, par <b>Horsford</b> .....	98

	Pages
Anesthésie des incisives et des canines supérieures par voie nasale, par <b>Escat</b> .....	359
<b>Anesthésie locale (L') pour les opérations pratiquées sur l'appareil auditif</b> , par <b>Molimard</b> .....	467
Angiome (Volumineux) du voile du palais et du pharynx guéri par l'électrolyse, par <b>Paul Laurens</b> .....	80
Angiome (Volumineux) du voile du palais et du pharynx traité par <b>Paul Laurens</b> .....	433
Ankylose cicatricielle des deux articulations erico-aryténoïdiennes, par <b>Goldmann</b> .....	459
Autre (Conditions anatomiques permettant au pus de passer de l') vers le cou, par <b>A.-H. Cheate</b> .....	221
<b>Antrotomie précoce (Contribution à l'étude de l') au cours de certaines suppurations aiguës de l'oreille moyenne (antrites aiguës latentes et antrites douloureuses)</b> , par <b>Henri Caboche</b> .....	418
Aphémie (Observation d'), par <b>H.-J. Davis</b> .....	413
Aplasie totale de la glande thyroïde (Sur les fonctions et l'anatomie microscopique de l'appareil auditif dans l'), par <b>Siebenmann</b> .....	221
Apophyse mastoïde (Rontgénogramme de l'), par <b>Winkler</b> .....	121
<b>Appareil suspenseur (L') du larynx</b> , par <b>Pierre Sebileau</b> .....	363
Artère stapédienne chez l'homme (Sur la persistance de l'). Sa valeur au point de vue de l'anatomie comparée et de la pathogénèse, par <b>Lavins</b> .....	223
Atresie des deux conduits et oblitération osseuse partielle de la caisse, par <b>Torok</b> .....	225
Auditif (Expériences acoustiques concernant l'appareil), par <b>Dennert</b> .....	418
Auditif (Sur les altérations de l'appareil) par l'action du son, par <b>Wittmaack</b> .....	121
<b>Auditif (L'anesthésie locale pour les opérations pratiquées sur l'appareil)</b> , par <b>Molimard</b> .....	467
Auditif (Troubles et chlorure de sodium), par <b>Chauveau</b> .....	351
Audition (La valeur du pavillon de l'oreille pour l'), par <b>Geigel</b> .....	224
Béribéri (Les troubles du larynx dans le), par <b>Kanasugi</b> .....	736
<b>Broncho-œsophagoscopie (Nouveaux faits de)</b> , par <b>J. Guisez</b> .....	50
Bronchoscopie (Progrès techniques et cliniques dans la), par <b>Brunings</b> .....	723
Bronchoscopie et œsophagoscopie (Présentation d'une instrumentation avec nouvel éclairage pour), par <b>Cauzard</b> .....	77
Caillot (Le) sanguin modifié dans la chirurgie mastoïdienne, par <b>Sohler Bryant</b> .....	241
Cancer de la langue (Contribution à l'étude du traitement chirurgical du), par <b>L. Capette</b> .....	213
Cancer (Sur le) de l'oreille, par <b>Mahler</b> .....	226
Cancer du pharynx et du larynx, par <b>Kuttner</b> .....	449
Cancer inopérable de l'isthme du gosier traité par le sérum de <i>Micrococcus neoformans</i> , par <b>Scanes Spicer</b> .....	85
Carie du cornet nasal, par <b>Kuttner</b> .....	449
Cérumen (Sur la production du), par <b>Francesco di Colo</b> .....	224
Chirurgie (La) au service de la laryngologie, par <b>Glück</b> .....	693
Chlorure d'éthyle (Administration du) à doses minimes et fractionnées par l'appareil Decolland, par <b>Guisez</b> .....	437
Cinquantenaire de la laryngologie, Jubilé de <b>Türk</b> et <b>Czermak</b> , par <b>M. Lermoyez</b> .....	588

	Pages.
Cloison (Résection sous-muqueuse de la) : 1 <sup>o</sup> chez un homme de 37 ans ; 2 <sup>o</sup> chez un garçon de 13 ans, par <b>Saint-Claire Thom-son</b> .....	95
Cloison (Résection sous-muqueuse de la) et ozène, par <b>Mermod</b> .....	737
Commotions de la tête et l'oreille interne (Sur les relations entre les) observées surtout dans les cas où l'audition est lésée peu ou dans un degré négligeable, par <b>Rhese</b> .....	340
Conservation aseptique (Procédé de) des aiguilles à paracentèse du tympan, par <b>M. Lermoyez</b> .....	43
Corde vocale gauche (Immobilité de la), par <b>Dundas Grant</b> ...	115
Corde vocale gauche (Fixation de la) chez une femme de 45 ans, par <b>Furniss Potter</b> .....	100
Corps étranger de la bronche gauche (Ablation d'un) chez un garçon de 19 ans, par <b>D.-R. Paterson</b> .....	111
Corps étrangers de l'œsophage, par <b>Henrici</b> .....	126
<b>Corps étranger (sangue) aspiré dans la trachée. — Trachéoscopie stomatoidale directe. — Extraction, par Tapia</b> .....	309
<b>Corps étranger des voies aériennes (Haricot sec). — Trachéotomie. — Guérison, par R. Duchesne</b> .....	67
Corps étranger des voies respiratoires (Faux diagnostic de), par <b>Kronenberg</b> .....	126
Cou (Anomalie du), par <b>Kerson</b> .....	102
Décanulement difficile, par <b>E. Meyer</b> .....	447
Démonstrations, par <b>Waldeyer</b> .....	445
<b>Développement thoracique (Du) par la gymnastique respiratoire après l'opération adénoïdienne, par Ro- zier et Philippe Tissie</b> .....	1
Diphthérie primaire de l'oreille, par <b>Daxe</b> .....	223
Diplocousie labyrinthogène syphilitique, par <b>Freytag</b> .....	339
Discours prononcé dans la cérémonie d'adieu du 1 <sup>er</sup> octobre 1907, par <b>Politzer</b> .....	249
Dyspepsie otogène des nourrissons (Sur la), par <b>Kishi</b> .....	354
Dysphagie pour les liquides (Immobilisation de la corde vocale droite avec), par <b>Stuart Low</b> .....	86
Ectasie de la portion horizontale de la crosse aortique au niveau du tronc brachio-céphalique. Hémiplegie laryngée récurrentielle droite. Mort subite sans rupture du sac. Son explication anatomo-clinique, par <b>Jules Glover</b> .....	437
<b>Electrolyse professionnelle de la langue, par M. Philip</b> .....	39
Endocraniennes (A propos d'un cas de complications), consécutives à une otite moyenne suppurée, par <b>R. Mouret</b> .....	216
<b>Enrouement de l'enfance, par J. Garel</b> .....	597
Enrouement chronique de l'enfance, par <b>Garel</b> .....	735
Epistaxis récidivantes, par <b>Lennhoff</b> .....	443
Epithélioma de la langue et du larynx, par <b>Roughton</b> .....	92
Epithélioma du larynx, par <b>Watson Williams</b> .....	86
Epithélioma du larynx, par <b>Watson Williams</b> .....	93
Epithéliome de l'amygdale, par <b>Harold Barwell</b> .....	104
Epithéliome du larynx, par <b>Scanes Spicer</b> .....	98
Epithéliome du larynx chez une jeune fille de 16 ans, par <b>Marschik</b> .....	739
Exostose du sinus frontal, par <b>Milligan</b> .....	108
Fétilité nasale, par <b>H.-J. Davis</b> .....	89
Fibrolysine (La valeur thérapeutique de la) dans les affections de l'oreille moyenne, par <b>E. Urbantschitsch</b> .....	235
Fibrome du larynx (Pièce du) présentées à la dernière séance, par <b>Cathcart</b> .....	99

	Pages.
Fissures de la langue, par <b>H.-J. Davis</b> .....	405
Fistule œsophago-trachéale, par <b>Sonntag</b> .....	462
Fontanelle du méat moyen (Sur la partie membraneuse de la), par <b>Onsdi</b> .....	355
Fosses nasales (Maladies des) et des sinus, par <b>J. Guisez</b> .....	210
Gamme continue des sons constituée par des résonateurs mu- nis de planche résonnante, par <b>Edelmann</b> .....	347
Ganglions du cou (Notes sur les), par <b>Abercrombie</b> .....	402
Gangrène de la corde vocale, par <b>Barth</b> .....	460
Gangrène d'un polype descendu dans le pharynx, par <b>Lennhoff</b> .....	441
Glande thyroïde (Sur les fonctions de l'anatomie microscopique de l'appareil auditif dans l'aplasie totale de la), par <b>Sie- benmann</b> .....	221
Goutteuse (Concrétion) dans l'articulation crico-aryténoldienne, par <b>Benda</b> .....	445
<b>Gymnastique respiratoire (Du développement thora- cique par la) après l'opération adénoldienne, par Rozier et Philippe Tissie</b> .....	1
<i>Gyrus præcucialis</i> Owen (Expériences sur les), par <b>Katzenstein</b> .....	724
Hémotase (Rôle de la syncope dans l'), par <b>Bosviel</b> .....	76
<b>Herpès zoster otique</b> , par <b>Gradenigo</b> .....	258
Hypertrophie de la muqueuse du nez, par <b>Lennhoff</b> .....	448
Hypopharyngoscopie, par <b>Rosenberg</b> .....	446
Inhalation (La thérapie par l'), par <b>Heryng</b> .....	709
Intoxication cocainique (Cas d'), par <b>Neuenborn</b> .....	123
Intoxications (Du rôle possible des auto-), en particulier de l'auto- intoxication gastro-intestinale, dans l'étiologie de certaines affec- tions des oreilles, du nez et du larynx, par <b>Cornet</b> .....	435
Jubilé de Türk et Czermak. Lecinquantenaire de la laryngologie, par <b>M. Lermoyez</b> .....	588
Kératose (Pharyngo-) améliorée par des applications de solution à 10 p. 100 d'acide salicylique dans du sulfocinate de soude, par <b>Dundas Grant</b> .....	114
Kyste du plancher de la fosse nasale droite, par <b>J.-B. Ball</b> .....	88
Kyste du plancher de la fosse nasale gauche, par <b>Horsford</b> .....	96
Kyste du repli ary-épiglottique gauche, par <b>G.-C. Cathcart</b> .....	91
Kyste dentaire, par <b>Rosenthal</b> .....	444
Labyrinthe (Les altérations de l'oculo-motricité dans les lésions du), par <b>A. Santa-Maria</b> .....	344
Labyrinthes des sourds-muets (Préparations des), par <b>Sieben- mann</b> .....	121
Labyrinthe suppuré (Les indications de l'ouverture du), par <b>Hinsberg</b> .....	336
Labyrinthique (Études anatomo-cliniques sur la paroi) de l'oreille moyenne, par <b>Benoit-Gonin</b> .....	218
Labyrinthite suppurée (Sur l'importance des constatations faites au cours d'une radicale pour le diagnostic de la), par <b>Hinsberg</b> .....	336
<b>Langue (Electrolyse professionnelle de la)</b> , par <b>M. Phil- lip</b> .....	39
Langue [Ulcération (maligne)? de la base de la], par <b>W.-H. Kelson</b> .....	87
Laryngite syphilitique tertiaire chez un homme de 29 ans. Discussion du traitement, par <b>De Sami</b> .....	97
<b>Laryngites traumatiques consécutives au tubage et rétrécissements laryngiens chez l'enfant</b> , par <b>Jules Glover</b> .....	275
Laryngologie (La chirurgie au service de la), <b>Glück</b> .....	693
Laryngologie (La) et la rhinologie dans leurs rapports avec la	

	Pages.
médecine générale. Enseignement et examen de ces branches dans les divers États, par <b>Fraenkel</b> .....	693
<b>Larynx (L'appareil suspenseur du)</b> , par <b>Pierre Sebi-leau</b> .....	365
<b>Larynx</b> (Affection maligne du) chez un syphilitique, par <b>Saint-Clair Thomson</b> .....	86
<b>Larynx</b> [Affection syphilitique (?) du], par <b>J.-B. Ball</b> .....	98
<b>Larynx</b> (Les troubles du) dans le bérubéri, par <b>Kanasugi</b> .....	736
<b>Larynx</b> (Ulcération et infiltration de la moitié droite du), par <b>Dundas Grant</b> .....	103
<b>Lépreuses</b> (Quelques lésions) des fosses nasales, du voile du palais et du larynx, par <b>Castex</b> .....	76
<b>Lipome</b> de la trachée (Examen microscopique d'un), par <b>Mid-dlemasso Hunt</b> .....	112
<b>Luette</b> (Infiltration et ulcération de la) chez l'homme, par <b>Saint-Clair Thomson</b> .....	109
<b>Lupus</b> ou syphilis nasale, par <b>Donelan</b> .....	114
<b>Lupus</b> du palais et du larynx traité par la tuberculine T. R. Amé- lioration, par <b>E.-H. Peters</b> .....	110
<b>Lupus</b> du voile et du pharynx, par <b>A. Meyer</b> .....	464
<b>Lupus</b> primaire de la muqueuse naso-pharyngo-laryngée, par <b>Davidsohn</b> .....	443
<b>Lymphosarcome</b> de la base de langue et de l'épiglotte. Extirpation par pharyngotomie latérale après ligature de la carotide externe gauche, de la faciale et de la linguale droites. Récidive à gauche, par <b>Dundas Grant</b> .....	104
<b>Lymphosarcome</b> du médiastin, par <b>Jobson Horne</b> .....	115
<b>Macroglossie (Deux cas de)</b> , par <b>J. Brault</b> .....	35
<b>Mastoidienne</b> (Réinfection) chez les opérés de mastoïdite, par <b>M. Calamida</b> .....	321
<b>Mastoidites</b> et diabète, par <b>Furet</b> .....	77
<b>Mastoidite</b> aiguë compliquée de la sixième paire chez un diabé- tique. Persistance de la suppuration profuse de la caisse et production d'une fusée cervicale profonde, en dépit d'une antro- tomie largement pratiquée. Seul l'évidement pétro-mastoldien amène la fin de l'otorrhée et la guérison de la paralysie oculaire, par <b>Luc</b> .....	78
<b>Mastoidite</b> aiguë compliquée de paralysie de la sixième paire chez un diabétique. Persistance de la suppuration profuse de la caisse et production d'une fusée cervicale profonde après l'ouverture des ca- vités mastoldiennes. Arrêt de la suppuration et gué- rison de la paralysie oculaire à la suite de l'évi- dement pétro-mastoldien, par <b>H. Luc</b> .....	263
<b>Mastoidites (Des) aiguës latentes</b> , par <b>Jacques Fournie</b> .....	43
<b>Méningite</b> (Trois cas mortels de) avec symptômes auriculaires particuliers, par <b>W.-H. Roberts</b> .....	313
<b>Méningite</b> (Mort par) consécutive à des essais malheureux d'ex- traction d'une pierre du conduit, par <b>Schwartz</b> .....	327
<b>Méningite</b> suppurée d'origine otitique, par <b>Claoué</b> .....	158
<b>Méningo-encéphalite</b> séreuse, par <b>Blau</b> .....	325
<b>Mort</b> subite (Explication anatomo-clinique de la) dans la lésion du pneumogastrique avec hémiplegie laryngée récurrentielle et l'anéantissement dyna- mique ou la lésion organique du phrénique, par <b>Jules Glover</b> .....	583
<b>Nevus</b> du pharynx, par <b>Dundas Grant</b> .....	89

	Pages.
Naso-pharyngées (Sur les relations des affections) avec la surdi-mutité, par <b>E. Urbantschitsch</b> .....	353
Néoplasie du larynx, par <b>H.-J. Davis</b> .....	90
Nerfs craniens (Section des), par <b>Hirschfeld</b> .....	454
Nez (Recherches sur le) pendant la menstruation, la grossesse et après l'accouchement, par <b>Oppikofer</b> .....	420
Nez (Les maladies du) et des sinus accessoires, par <b>H. Lambert Lack</b> .....	492
Nez (Traitement de la rougeur du) par le courant galvanique, par <b>Kapp</b> .....	358
Nez et du naso-pharynx (Relations entre les maladies du) et celles des yeux, par <b>Kuhnt</b> .....	694
Nez et de ses sinus (Contribution à l'anatomie normale et pathologique du), par <b>Oppikofer</b> .....	356
Nodule vocal (Sur le), par <b>Barth</b> .....	443
Norma (Le) de l'oreille, par <b>Hechinger</b> .....	224
Note historique, par <b>Rosenberg</b> .....	445
Nystagmus (Théorie du), par <b>Barany</b> .....	420
Nystagmus dans la lésion unilatérale du labyrinthe, par <b>Voss</b> ...	122
Obstruction laryngée (Trachéotomie pour). Ablation d'un fibrome par section du cricoïde. Pas d'amélioration. Tyrotomie ultérieure et ablation d'un autre fibrome, par <b>E.-A. Peters</b> .....	410
Oculo-moteurs (Troubles) d'origine labyrinthique, par <b>Pierre Bonnier</b> .....	352
Oculo-motricité (Les altérations de l') dans les lésions du labyrinthe, par <b>A. Santa-Maria</b> .....	344
Œdème du larynx (Trophœdème), par <b>Schiffers</b> .....	736
Œdème chronique du larynx, par <b>Scanes Spicer</b> .....	92
Œdème dur de la partie inférieure du front, des parties latérales du nez et des paupières inférieures, par <b>Herbert Tilley</b> .....	93
Opération de Killian (Nos expériences sur l'), par <b>von Eicken</b> .....	721
Oreille (Méthode de l'examen de l') chez les enfants, par <b>Hartmann</b> .....	416
Oreille (Contribution au traitement par l'hyperémie dans les maladies de l') des voies respiratoires supérieures, par <b>Vohsen</b> ...	232
Oreille du Japonais (L'anatomie de l'), par <b>Kishi</b> .....	221
Oreille interne (Quelles sont les lésions qui, dans une préparation histologique de l') peuvent être considérées comme certainement dues à la maladie? par <b>Panse</b> .....	421
Oreille moyenne (Études anatomo-cliniques sur la paroi labyrinthique de l'), par <b>Benoit-Gonin</b> .....	218
Organe de Jacobson (Un cas de persistance de l'), par <b>Lambert Lack</b> .....	92
Os temporal (Appareil pour les exercices opératoires sur l'), par <b>Kirchner</b> .....	353
Osslets (Sur l'extraction des) d'après la méthode de Neumann, par <b>Halasz</b> .....	316
Ostéome de l'ethmoïde (Volumineux) enlevé par la voie paranasale, par <b>Lombard</b> .....	438
Ostéomyélite (L') du frontal consécutive à la suppuration du sinus frontal et ses complications intracrâniennes, par <b>Ropke</b> .....	419
Otiatrique (La radiologie dans l'), par <b>Voss</b> .....	420
Otite moyenne aiguë (Recherches bactériologiques sur l'), par <b>Denker</b> .....	416
Otite moyenne aiguë (Sur la bactériologie de l'), par <b>Kummel</b> ..	416
Otite moyenne aiguë (Sur les causes et les voies de l'infection dans l'), par <b>Kobrak</b> .....	417
Otite moyenne aiguë (Bactériologie de l'), par <b>Neumann</b> .....	417

	Pages.
Otite moyenne aiguë (Étude sur la bactériologie de l'), par <b>Karl Söfle</b> .....	228
<b>Otite moyenne aiguë. Mastoïdite de Bezold. — Paralysie du nerf moteur oculaire externe</b> , par <b>M. Grivot</b> .....	271
Otite moyenne aiguë. Thrombose du sinus. Pyémie. Guérison après antrotomie, par <b>Bolewski</b> .....	329
Otite moyenne chronique (Traitement de l') par l'hyperémie, par <b>Stimmel</b> .....	422
Otite moyenne purulente chronique (Résultats obtenus par la cure radiale de l'), par <b>S. Maccuen Smith</b> .....	238
Otite moyenne purulente chronique (Résultats de la cure chirurgicale de l'), par <b>Edward Bradforddech</b> .....	239
Otite moyenne suppurée (A propos d'un cas de complications endocraniennes consécutives à une), par <b>R. Mouret</b> .....	216
Otite moyenne suppurée et paralysie faciale à droite; à gauche, paralysie de l'orbiculaire et du frontal d'origine traumatique, par <b>Lavrand</b> .....	232
Otite moyenne suppurée aiguë (L'augmentation du poids spécifique du pus dans l') comme indication pour l'ouverture de l'apophyse mastoïde, par <b>Tetens Hald</b> .....	317
Otologie d'autrefois au Japon, par <b>Ino Kubo</b> .....	352
Oto-rhino-laryngologique (Technique), séméiotique et thérapeutique à l'usage de l'étudiant et du médecin praticien, par <b>E. Escat</b> .....	206
Otorrhée (Le <i>Proteus</i> dans l'), par <b>Lauffs</b> .....	315
Ozène (Bactériologie, étiologie et prophylaxie de l'), par <b>F. Perez</b> .....	439
Ozène (Cas d') traité par la paraffine, par <b>Kuttner</b> .....	448
<b>Ozène (Bactériologie, étiologie et prophylaxie de l')</b> , par <b>Fernand Perez</b> .....	549
Ozène (Résection sous-muqueuse de la cloison et), par <b>Mermod</b> .....	737
Pachydermie du larynx, par <b>E. Meyer</b> .....	465
Pansinusite, par <b>Saint-Clair-Thomson</b> .....	91
Papillome du larynx, par <b>H.-J. Davis</b> .....	87
Papillome du larynx, par <b>H.-J. Davis</b> .....	105
Papillome très étendu du larynx, par <b>Betham Robinson</b> .....	108
Papillome nasal, par <b>J.-B. Ball</b> .....	83
Paraffine (Cas d'ozène traité par la), par <b>Kuttner</b> .....	448
<b>Paraffine dure (L'inclusion de) en prothèse nasale externe. Technique et instrumentation</b> , par <b>Robert Leroux</b> .....	305
Paraffine à froid (Prothèse externe avec), par <b>Mahu</b> .....	435
Paralysie de la moitié droite de la langue, du palais, de l'abducteur du larynx, au cours d'une pachyméningite syphilitique, par <b>Félix Semon</b> .....	88
<b>Paralysie du voile du palais et des cordes vocales de nature typhoïdique (Syndrome naso-pharyngolaryngé avec)</b> , par <b>A. Sicre et L. Vaquier</b> .....	300
Paralysie aiguë (Cas de), du récurrent, du voile du palais et du pharynx, par <b>A. Meyer</b> .....	452
Paralysie complète de l'abduction, par <b>Cathcart</b> .....	92
Paralysie gauche du voile et du posticus combinée, par <b>Grabower</b> .....	447
Paralysie otogène de l'abducteur, par <b>Baurowicz</b> .....	323
Paresie fonctionnelle du palais, par <b>E.-A. Peters</b> .....	110
Paresthésies pharyngées (Les), par <b>A. Ahond</b> .....	211
<b>Paresthésies pharyngées (Les)</b> , par <b>M. Boulay et H. Le Marc'Hadour</b> .....	490

<b>Paresthésies pharyngées (Les) (suite et fin), par M. Boulay et Le Marc'Hadour.....</b>	656
Parole et voix sans larynx, par <b>Gutzmann</b> .....	738
Pavillon (Absence congénitale du), par <b>Maanssa</b> .....	118
Pavillon de l'oreille (La valeur du), pour l'audition, par <b>Geigel</b> .....	224
Pemphigus du pharynx, par <b>Finder</b> .....	457
Périchondrite tuberculeuse du cricoïde (Syphilis héréditaire associée à la), par <b>B. Fraenkel</b> .....	464
Péritonsillite, par <b>Kuttner</b> .....	454
Phonasthénie (Nouvelles expériences sur la), par <b>Flatau</b> .....	711
<b>Pneumogastrique (Explication anatomo-clinique de la mort subite dans la lésion du) avec hémiplegie laryngée récurrentielle et l'anéantissement dynamique ou la lésion organique du phrénique, par Jules Glover</b> .....	583
Polynévrite (Un cas de) avec participation du larynx, par <b>Bruck</b> .....	457
Polynévrite cérébrale aiguë (Sur la participation des nerfs acoustiques dans la), par <b>Schönborn</b> .....	346
<b>Polynévrite sensitivo-sensorielle grippale, par E. Escat</b> .....	560
Polype du larynx (Démonstration d'un), contenant une grande quantité de pigment hémotogène, par <b>Finder</b> .....	463
Polype nasal (Préparation de), présentant des filaments particuliers de mucus dans les dilatations glandulaires, par <b>Hugo Lowy</b> .....	104
Pompe électrique pour aérothermothérapie, par <b>M. Lermoyez et G. Mahu</b> .....	484
Prolapsus du ventricule de Morgagni, chez une femme de 50 ans, par <b>Saint-Clair Thomson</b> .....	109
Prolapsus (Pseudo-) du ventricule de Morgagni, par <b>Saint-Clair Thomson</b> .....	113
<i>Proteus</i> (Le) dans l'otorrhée, par <b>Lauffs</b> .....	315
<b>Prothèse nasale externe (L'inclusion de paraffine dure en). Technique et instrumentation, par Robert Leroux</b> .....	305
Psychoses réflexes (Quelques cas de) à point de départ auriculaire, par <b>Haug</b> .....	351
Pyémie otogène (Pathologie de la), par <b>Brieger</b> .....	119
Pyémie otogène (Sur la possibilité de la guérison et sur le traitement opératoire de la), par <b>Zabrowski</b> .....	321
Pyohémie (Septico-) otique sans thrombo-phlébite, par <b>Francisco Suarez et Julio M. de Poó</b> .....	332
Radical (Traitement secondaire de la), sans tamponnement, par <b>Gerber</b> .....	317
Radical (Traitement postopératoire de la), sans tamponnement, par <b>Stein</b> .....	348
<b>Radical (Les indications de l'opération) bilatérale spécialement au point de vue du résultat fonctionnel, par Eric Ruttin</b> .....	391
Radiographie (Quelle est la valeur de la) pour le diagnostic et le traitement des affections sinuales avec démonstrations, par <b>Kuttner</b> .....	715
Radiographies stéréoscopiques de sinus, par <b>Watson Williams</b> .....	95
Rayons X (Contributions nouvelles au diagnostic et au traitement des affections des voies respiratoires supérieures par les), par <b>Mader</b> .....	718

	Pages.
Rayons X et du radium (L'importance au point de vue diagnostique et thérapeutique des) dans la laryngologie et la rhinologie, par <b>Burger</b> .....	741
Résonance (Nouvelles expériences sur la théorie de la), par Helmholtz, par <b>Schaefer</b> .....	118
Respiratoires (Les mouvements anormaux de la membrane tympanique), par <b>A. Balla</b> .....	222
<b>Rhino-laryngologie (De la valeur de la) en pathologie générale</b> , par <b>Marcel Lermoyez</b> .....	372
Rhino-laryngologie (Congrès internationaux de), par <b>Jurasz</b> ....	718
Rhinologie (La laryngologie et la) dans leurs rapports avec la médecine générale. Enseignement et examen de ces branches dans les divers États, par <b>Fraenkel</b> .....	693
Rhinosclérome, par <b>Aulicke</b> .....	454
Rhino-sclérome du naso-pharynx chez une Polonaise de 19 ans, par <b>Saint-Clair Thomson</b> .....	108
Rontgénogramme du sinus maxillaire biloculaire, par <b>Albrecht</b> .....	466
Sarcome à myéloplaxes de la fosse nasale droite, par <b>König</b> ..	80
Sarcome de l'oreille moyenne. Atticotomie. Guérison, par <b>E. Botella</b> .....	349
Sarcome (Lympho-) glosso-épiglottique, par <b>Dundas Grant</b> ....	87
Sarcome (Lympho-) du pharynx, par <b>Finder</b> .....	463
Section des nerfs craniens, par <b>Hirschfeld</b> .....	454
Septicémie otogène aiguë (La curabilité de la), par <b>Hansberg</b> ..	125
Septum (Pièces de cartilages et d'os retirées par résection sous-muqueuse du), par <b>Herbert Tilley</b> .....	99
Septum (Indications pour les opérations sur le), par <b>Rethi</b> ....	739
Séquestre (Un) libre dans la narine droite, d'origine probablement traumatique, la muqueuse étant intacte, par <b>König</b> ....	432
Sinus (Maladies des fosses nasales et des), par <b>J. Guisez</b> .....	210
Sinus (Oblitération du) par phlébite sans thrombose chez les enfants, par <b>Kramm</b> .....	325
<b>Sinus maxillaire (Nouveau procédé de drainage du)</b> , par <b>L. Ledoux</b> .....	73
<b>Sinus maxillaire (Exploration diamétrique du) avec le stylet</b> , par <b>Hélot</b> .....	430
Sinus maxillaire et frontal (Technique de la transillumination du), par <b>Vohsen</b> .....	720
Sinus maxillaire biloculaire (Rontgénogramme de), par <b>Albrecht</b> .....	466
Sinus maxillaire double, par <b>A. Meyer</b> .....	453
Sinus sphénoïdal (Opération endonasale du) et du sinus ethmoïdal, par <b>Hajek</b> .....	740
Sinus (Démonstration de deux) sphénoïdaux anormaux, par <b>Benda</b> .....	449
Sinusales (Quelle est la valeur de la radiographie pour le diagnostic et le traitement des affections) avec démonstrations, par <b>Kuttner</b> .....	715
Sinusite frontale. Opération de Killian, par <b>E.-A. Peters</b> .....	111
Sinusite frontale chronique. Opération radicale, avec fermeture immédiate de la plaie, par <b>Herbert Tilley</b> .....	94
Sinusite frontale chronique (Plusieurs cas de), par <b>Stuart Low</b> ..	111
Sinusite (Opération de Killian pour) frontale double, par <b>Saint-Clair-Thomson</b> .....	84
Sinusite maxillaire (Opération de la) par le méat inférieur, par <b>Meyer</b> .....	
Sinusites nasales (La valeur des rayons X pour le diagnostic des), par <b>Wassermann</b> .....	120

	Pages.
Sinusites du nez (Examen de la muqueuse dans les), par <b>Eschweiler</b> .....	419
Spasme inspiratoire de la glotte, par <b>Barth</b> .....	442
Sporotrichose du larynx, par <b>Collinet</b> .....	438
Sténose du conduit auditif externe par acromégalie, par <b>Pisano</b> .....	226
Sténose du larynx, par <b>H.-J. Davis</b> .....	85
Sténoses (L'influence des) du larynx et de l'œsophage sur l'appareil génital, par <b>Baumgarten</b> .....	716
Sténose (Quatre cas de) laryngo-trachéale chronique guéris par la laryngostomie, par <b>Melzi</b> et <b>Cagnola</b> .....	737
Suppurations de l'attique (Considérations pratiques sur le traitement conservateur des) par le pansement sec, par <b>Massier</b> ..	231
Suppuration de la caisse (Quelques remarques sur le traitement de la) par l'hyperémie, par <b>Muck</b> .....	234
Suppurations de l'oreille moyenne (Cristaux et cellules géantes dans les), par <b>Wagner</b> .....	418
<b>Suppurations aiguës de l'oreille moyenne</b> [Antrites aiguës latentes et antrites douloureuses] (Contribution à l'étude de l'antrotomie précoce au cours de certaines), par <b>Henri Caboché</b> .....	418
Suppurations chroniques des sinus (Quelques points sur le diagnostic différentiel dans les), par <b>Herbert Tilley</b> .....	705
Suppurations circonscrites du labyrinthe, par <b>Neumann</b> .....	122
Surdi-mutité (Étude anatomique et histologique sur la), par <b>Castex</b> et <b>Marchand</b> .....	350
Surdi-mutité (Sur les relations des affections naso-pharyngées avec la), par <b>E. Urbantschitsch</b> .....	353
Surdité du nouveau-né comme trouble de l'appareil transmetteur de l'oreille, par <b>Köllreutter</b> .....	237
Surdité consécutive à l'ostéomyélite, par <b>Siebenmann</b> .....	121
<b>Surdité centrale bilatérale. — Hérédo-syphilis à la seconde génération</b> , par <b>Jules Glover</b> .....	163
Surdité labyrinthique (Sur la) chronique et progressive, par <b>Manasse</b> .....	334
Surdité progressive (Sur la) due à l'atrophie de l'organe de Corti, par <b>Alexander</b> .....	348
<b>Syndrôme de Ménière (Formes cliniques du)</b> , par <b>M. Lannois</b> et <b>F. Chavanne</b> .....	473
<b>Syndrôme de Ménière (Formes cliniques du) (suite et fin)</b> , par <b>M. Lannois</b> et <b>F. Chavanne</b> .....	610
<b>Syndrôme naso-pharyngo-laryngé avec paralysie du voile du palais et des cordes vocales de nature typhoïdique</b> , par <b>A. Sicre</b> et <b>L. Vaguiet</b> .....	300
Syphilis héréditaire associée à la péri-chondrite tuberculeuse du cricoïde, par <b>B. Fraenkel</b> .....	464
Syphilis nasale ou lupus, par <b>Donelan</b> .....	114
Syphilis secondaire grave du larynx, par <b>Castex</b> .....	432
Syphilome du pharynx, par <b>Lebram</b> .....	464
Syringomyélie, par <b>Kuttner</b> .....	455
Terminologie inadmissible dans notre littérature, par <b>Schwartz</b> .....	329
Thérapie (La) par l'inhalation, par <b>Heryng</b> .....	709
Thrombo-phlébite suppurée sans fièvre (Nouveau cas de), par <b>Schröder</b> .....	325
Thrombose du sinus (Cas de) consécutive à une otite moyenne aiguë, par <b>Hofner</b> .....	326
<b>Thrombose de la veine jugulaire interne et du golfe. — Lixature de la jugulaire. — Ouverture du sinus et du golfe. — Guérison</b> , par <b>S. Guisez</b> .....	177

	Pages.
Thrombus (Ne touchez pas au), par <b>Voss</b> .....	330
Thymus (Persistence du), par <b>E. Meyer</b> .....	465
Tonsille droite (Tuméfaction de la), par <b>Sobernheim</b> .....	456
Trachéo-thyrotomie (Sur la), par <b>Moure</b> .....	702
Transillumination du sinus maxillaire et frontal (Technique de la), par <b>Vohsen</b> .....	720
Trophœdème du larynx, par <b>Schiffers</b> .....	736
Tubage (Notes sur la technique du), par <b>P. Brunel</b> .....	188
Tuberculose et gravidité, par <b>Finder</b> .....	444
Tuberculose du larynx, par <b>Betham Robinson</b> .....	101
Tuberculose du larynx (Les connaissances sur la) dans l'antiquité grecque et romaine, par <b>Imhofer</b> .....	718
Tuberculose du larynx chez une femme de 33 ans, par <b>Charles Parker</b> .....	105
Tuberculose du nez (Du vieux et du nouveau sur la), par <b>Cohn</b> ..	358
Tuberculose des voies aériennes supérieures et de l'oreille (Traitement chirurgical de la), par <b>Robert Lévy</b> .....	314
Tuberculose des voies respiratoires supérieures (Traitement de la), par <b>Gleitsmann</b> .....	726
Tuberculose laryngée (Les effets du sérum antituberculeux de Marmorek dans la), par <b>G.-A. Weill</b> .....	81
Tuberculose laryngée complètement guérie depuis trois ans sans traitement local chez un homme de 55 ans, par <b>Saint-Clair Thomson</b> .....	83
Tuberculose laryngée étendue chez une femme de 40 ans, ayant guéri sans traitement local, mais ayant déterminé de la sténose de la glotte. Trachéotomie. Guérison maintenue depuis un an, par <b>Saint-Clair Thomson</b> ..	83
Tuberculose primitive (Résection de la cloison nasale dans la), par <b>Onodi</b> .....	359
Tuméfaction du repli ary-épiglottique gauche, par <b>J.-B. Ball</b> ..	82
Tuméfaction de la tonsille droite, par <b>Sobernheim</b> .....	456
Tumeurs géantes, par <b>Massel</b> .....	717
Tumeur de la cloison (Examen microscopique d'une), par <b>Furniss Potter</b> .....	412
Tumeur de la cloison du nez, par <b>Furniss Potter</b> .....	101
Tumeur du maxillaire, par <b>Lennhoff</b> .....	452
Tumeur du maxillaire supérieur (Démonstration des diapositives d'une) examinée par les rayons X, par <b>Grunmach</b> .....	441
Tumeurs du nez (Sur quelques), par <b>Wolff</b> .....	446
Tumeur du palais, par <b>W.-H. Kelson</b> .....	96
Tumeur du pharynx, par <b>J.-B. Ball</b> .....	81
Tumeur (Vaste) opérée du voile du palais et de la paroi gauche du pharynx, par <b>Stuart Low</b> .....	101
Tumeur endolaryngée chez un homme de 29 ans, par <b>Saint-Clair Thomson</b> .....	109
Tumeur kystique du larynx, par <b>Jobson Horne</b> .....	96
Tumeurs malignes de l'amygdale (Opération des), par <b>Vohsen</b> ..	720
Tumeurs malignes du larynx (Les). Pathologie. Thérapeutique, par <b>J. Molinlé</b> .....	209
Tumeur maligne du larynx chez un homme de 29 ans, par <b>Saint-Clair Thomson</b> .....	112
Tumeurs malignes du nez (Le traitement opératoire des), par <b>Donker</b> .....	698
Tumeur du sinus piriforme droit, par <b>Paul Laurens</b> .....	431
Tympan (Le papier de soie comme prothèse du), par <b>Richter</b> ..	230
Tympanique (Les mouvements respiratoires anormaux de la), par <b>A. Balla</b> .....	222

	Pages.
Ulcération de l'amygdale droite chez un homme de 32 ans, par <b>Charles-A. Parker</b> .....	104
Ulcération de l'épiglotte et de la base de la langue, par <b>W.-H. Kelson</b> .....	97
Ulcération de l'espace interaryténoidien, par <b>Cathcart</b> .....	92
Veine jugulaire (Instrument pour l'ouverture du golfe de la), par <b>Neumann</b> .....	119
Ventilateur à pression (Un nouveau) pour l'appareil à air chaud, par <b>Lermoyez et Mahu</b> .....	435
Vertige (Traitement du), par <b>G.-A. Weill</b> .....	440
Vertiges et bourdonnements (Opérations pour), par <b>R. Lake</b> ..	326
Vertige <i>ab aure læsa</i> (Deux cas de) guéris par l'opération, par <b>Isemer</b> .....	339
Vertige par symphyse salpingo-pharyngienne (Considérations à propos de nouvelles observations de), par <b>Royet</b> .....	350
Vertiges auriculaires (A propos des), par <b>Trifiletti</b> .....	348
Vestibulaire (L'appareil) dans les traumatismes de la tête et sa valeur pratique, par <b>Barany</b> .....	122
Vibration du diapason (Sur la), par <b>Quix</b> .....	343
Vibrations du pied du diapason (Recherches sur les), par <b>Edelmann</b> .....	347
Voies respiratoires supérieures (Traitement général des affections locales des), par <b>Sir Félix Semon</b> ..	701
Voies respiratoires supérieures (Contributions nouvelles au diagnostic et au traitement des affections des) par les rayons X, par <b>Mader</b> .....	718
Voix et parole sans larynx, par <b>Gatzmann</b> .....	738
Voix (Affaiblissement extrême de la) chez un homme de 41 ans, durant depuis quatorze mois, survenu apparemment à la suite d'un refroidissement, par <b>Dundas Grant</b> .....	403
Voix (Contribution à la physiologie de la) par l'examen aux rayons X, par <b>Barth</b> .....	441
Voix (Troubles de la) et de la parole dans les maladies nerveuses, par <b>Stern</b> .....	740
Voix de tête (Contribution à la) et à la voix de poitrine, par <b>Möller</b> .....	734
Weber (Quelques remarques sur l'épreuve de), par <b>Blegvad</b> ..	345
Yeux (Relations entre les maladies du nez et du naso-pharynx et celles des), par <b>Kuhnt</b> .....	694

is.

4

7

2

9

5

0

6

9

0

8

2

3

7

1

8

3

## Sociétés Savantes

Milan de Lanza, vent 1866 p 123

Allemande Holst. July May, 17 p 116

Berlin Lanza, June 25/07 p 441, Feb 22/07  
p 444, March 22, p 446, Apr 26 p 450  
June 14, p 454, Oct 18 p 456, Nov 15, p 462

Internat. Congress, Vienna Apr 1908, p 693

London Lanza, Nov 2, 1906 p 81, Dec 7 p 88

Jan 1/1907 p 95, Feb 1/1907 p 100, March 8,  
p 104, Apr 3/1907 p 112

Paris Lanza, Oct 1907 Nov 1/1907 p 75

Dec 6/07 p 432, Jan 10/1908 p 435

3

21

8

102

73

28